PROPOSTA TÉCNICA PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, CONFORME INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO

PROPONENTE:
Razão Social: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL
Endereço: Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil – CEP 18.285.000 – Cesário Lange-SP
Endereço eletrônico: www.bhcl.org.br
Telefone: (15)3246-1410
Número de inscrição: 50.351.626/0001-10

DECLARAÇÃO

Pela presente declaração, torno público para os devidos fins, que prestarei no A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no EDITAL 09/2024 – SES/GO aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de **120 (cento e vinte) dias** a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde-SUS, bem como, respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Cesário Lange, 18 de outubro de 2024

Sumário

1. APRESENTAÇÃO DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE 6

2. ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL E OPERACIONAL 9

2.1 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO COMPARTILHADA 10

2.2 MODELO DE GESTÃO 14

2.2.1 MODELO GERENCIAL PROPOSTO PELA BHCL 17

2.2.2. DESCRIÇÃO GERAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS ESTADUAL DA REGIÃO 50

3. ÁREA DE ATIVIDADE: AVALIA AS AÇÕES PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE 62

3.1 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE 62

3.1.1 FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO DOS USUÁRIOS EM ATENDIMENTO, EM ESPERA E EM ÁREAS RESTRITAS EXTERNAS E INTERNAS 62

3.1.2 FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS 97

3.1.3 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS 114

3.1.4 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS 128

3.1.5 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE 137

3.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 149

3.2.1 IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 149

3.2.2 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE 163

3.2.3 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 195

3.2.4 PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO 200

3.2.5 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 215

3.3 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 225

3.3.1 PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 225

3.3.1.4 MANUAL DE GESTÃO DOCUMENTAL 234

3.3.2 PROPOSTA PARA MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS 254

3.3.3 PROPOSTA PARA MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 259

3.3.4.1 ALMOXARIFADO 259

3.3.4.2 PATRIMÔNIO.....276
3.3.4 PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS.....288
3.4 PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE 294
3.4.1 IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – GTH PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.....294
3.4.2 PROJETOS DE SUSTENTABILIDADE 299
3.4.3 MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.....304
3.4.4 PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TELESSAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.....318
3.4.5 PROPOSTA DE PROJETO DE AVALIAÇÃO GLOBAL INTERDISCIPLINAR PARA AS LINHAS DE CUIDADO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.....326

4. ÁREA DE QUALIDADE.....331

4.1 QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES.....331
4.1.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....331
4.1.2 COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL.....339
4.1.3 COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA.....349
4.1.4 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE 353
4.1.5 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 357
4.1.6 COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB).....365
4.1.7 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA 369
4.1.8 COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE 376
4.1.9 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.....382
4.1.10 COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA 393
4.1.11 COMITÊ DE COMPLIANCE 397

ANEXOS

Anexo 1. Ata de Aprovação do Programa de Compliance

Anexo 2. Plano de Segurança do Paciente

Anexo 3. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

Anexo 4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Anexo 5. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar

Anexo 6. Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL

Anexo 7. Manual de Compras

Anexo 8. Plano de Cargos e Salários

Anexo 9. Código de Integridade Ética e Compliance - Manual de Compliance

Anexo 10. Manual de Protocolos Médicos

Anexo 11. Manual de Protocolos de Atenção não-médica (equipe multiprofissional, incluindo enfermagem)

Anexo 12. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS

Anexo 13. Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

Anexo 14. Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

Anexo 15. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento

Anexo 16. Planilha de Dimensionamento de RH

Anexo 17. Proposta Financeira

Anexo 18. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE- Manifestação do profissional e interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Proposta Técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

1. APRESENTAÇÃO DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

A Beneficência Hospitalar Cesário Lange – BHCL, sediada no município que lhe nomina, nasceu do anseio de pessoas que se uniram para garantir atendimento de saúde de qualidade aos usuários. Foi fundada em 07 de julho de 1977 e registrada perante o Oficial de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Tatuí em 27 de novembro de 1978 sob o número 57-A. Inicialmente recebeu a denominação de Santa Casa de Misericórdia de Cesário Lange. Após a construção de suas instalações, a obra de caridade começou a operar com recursos de seus mantenedores. Data de 09/07/1985 a inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo de número 904548.

A entidade recebeu, por força da Lei Municipal nº 336, de 26 de agosto de 1982 a Declaração de Utilidade Pública Municipal e no âmbito estadual, por força do Decreto Estadual nº 46.015, de 20 de agosto de 2001. Possui Cadastro ativo e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –CNES, desde 25 de fevereiro de 2003, sob o nº 2082780.

Possui também inscrição perante o Conselho Regional de Administração sob o nº 023050.

Desde o ano de 2003 a entidade recebe subvenção do Município de Cesário Lange para manutenção de atendimento, segundo as normativas SUS.

Atualmente, além do atendimento filantrópico e de subvenções recebidas pelo Município, mantém dois Termos de Convênio vigentes com o Município, conforme cópia autenticada do Atestado de Capacidade Técnica, anexo a este Plano de trabalho, cujo objeto abaixo se relaciona.

Convênio 01/2016: Execução de serviços médicos hospitalares compreendidos pela utilização dos usuários do SUS/SP de toda a sua capacidade instalada e equipamentos médicos hospitalares que dispõe.

Convênio 02/2016: Gerenciamento e execução dos serviços médicos nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Especialidades Médicas do Município.

Cópias dos Termos de Convênio acima citados, seus planos de trabalho e respectivos aditivos são anexos e parte integrante do presente plano de trabalho, podendo ser conferidas no sítio eletrônico do Município de Cesário Lange, acessível em. *https.//portaltransparencia.sistemas4r.com.br*.

Além das cópias das leis do Município de Cesário Lange, supracitadas, que demonstram a subvenção do Executivo para a manutenção dos serviços médico-hospitalares desde o ano de 2003, relacionamos os seguintes instrumentos contratuais:

1) **Convênio nº 02/2014**, entabulado com o Município de Cesário Lange, assinado em 09.01.2014

2) **Convênio nº 001/2016**, entabulado com o Município de Cesário Lange, assinado em 28.01.2016 e ainda vigente.

A seguir, relacionamos as unidades de saúde, no município de Cesário Lange, onde são executadas atividades em Atenção Primária e atendidas por meio do Convênio 02/2016.

- Unidade Central de Regulação SMS
- UBS I Bairro dos Torninos
- UBS I Fazenda Velha
- UBS IV Lázaro Mendes de Castanho
- Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Maurício

Diante da experiência adquirida nas ações e serviços de saúde que vem desenvolvendo ao logo de seus 41 anos de existência, o Conselho de Administração e seus Diretores houveram por bem estender sua experiência à atual forma de consecução dos serviços de saúde, na sua forma complementar, como previsto pela Constituição Federal.

Assim, tem se alçado à qualificação em diversos municípios do Estado de São Paulo e outros Estados da Federação, logrando êxito pela sua forma de constituição desde o início da sua existência.

Em razão do atendimento SUS, nos termos preconizados pela Lei nº 12.101/2009, à entidade foi conferida a certificação como Entidade Beneficente Assistencial em Saúde - CEBAS/SAÚDE.

Objetivos da Organização Social

- Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, implantando uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde.
- Priorizar as ações de prevenção, promoção e a divulgação de informações sobre higiene e qualidade de vida;
- Deslocar o atendimento de atenção básica dos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde;

- Desenvolver ações intersetoriais para viabilização da melhoria da qualidade da saúde da população, através da análise de indicadores de saúde;
- Levantar junto à comunidade diagnósticos demográficos, socioeconômico e cultural, de forma a trabalhar dentro de parâmetros e prioridades reais com base em um Plano Municipal de Saúde.

Missão:

Serviços e soluções de excelência

Visão:

Ser referência pela liderança e serviços em saúde.

Valores:

Transparência

Humanização

Foco nos resultados

Valorização dos Recursos Humanos

2. ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL E OPERACIONAL

A organização funcional e operacional dos diferentes Serviços de Saúde deve estar apoiada nos princípios da equidade, integralidade e universalidade, além de garantir a prestação de seus Serviços no Acolhimento, Humanização e Vigilância à Saúde.

No âmbito do funcionamento das unidades, os responsáveis pelo seu gerenciamento devem desenvolver ações estratégicas integradas à equipe de trabalho, a partir da identificação de problemas e não-conformidades nos diversos setores e elaborar um Plano de Ação que inclua as competências, responsabilidades, recursos necessários, prazos e Indicadores de Monitoramento específicos de cada ação. Também devem acompanhar e monitorar o processo de implantação e garantir a execução do plano proposto, bem como avaliar os resultados alcançados x previstos conforme prazo instituído.

Na operação, as ações propostas devem ser desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, dentro de sua competência, com o objetivo de qualificar a assistência prestada aos usuários nos diversos níveis de complexidade, supervisionados pelo Gerente da unidade.

Destaca-se que todas as Unidades de Saúde devem organizar sua oferta de serviços considerando a característica da demanda atendida, infraestrutura disponível e disponibilidade de vagas e devem atuar na lógica do acesso do usuário desde a chegada do mesmo ao Serviço de Saúde.

A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida de forma longitudinal e articulada, e a assistência organizada pautada nas políticas, protocolos, diretrizes e outros documentos da Secretaria de Saúde, ou por ela indicados.

De forma geral, o direcionamento do usuário desde sua chegada deve ser preferencialmente pela Recepção da Unidade de Saúde, e após escuta qualificada de sua demanda, e a partir daí, ele seguirá para as modalidades da sua busca por atendimento que serão ofertadas nas Unidades de Saúde, a saber:

- Acolhimento
- Classificação de Risco;
- Consultas Médicas;
- Consultas de Enfermagem;
- Consultas da Equipe multiprofissional;
- Vigilância em Saúde – Notificação e eventual acompanhamento dos agravos dos eventos de notificação compulsória.

Bem como garantir o acesso do usuário aos demais Serviços de Saúde como Farmácia e outros conforme necessidade.

Além das atividades assistenciais ressalta-se que os setores de apoio das Unidades de Saúde também devem estar organizados e qualificados de forma a fornecer a infraestrutura necessária para que o atendimento prestado transcorra com segurança e qualidade para o alcance dos resultados esperados, tais como os setores de Farmácia e Almoxarifado, Apoio Administrativo (Gerência, Recepção/SAME, Recursos Humanos), Remoção, Expurgo/Esterilização, Serviço de Nutrição e Dietética, Higiene/Limpeza, Comissões existentes

A BHCL entende e destaca que o alcance das metas e resultados estabelecidos está vinculada à uma comunicação eficaz entre os membros da equipe, entre as unidades, e com os usuários. Assim sendo, serão estabelecidas ações que garantam a comunicação, valorizando o capital humano.

2.1 Organização da Gestão Compartilhada

A gestão compartilhada possibilita a integração entre os envolvidos na efetivação dos princípios do SUS em todos os Serviços, o que garante a padronização e qualificação do gerenciamento dos processos de trabalho assistenciais, além de proporcionar uma maior participação da equipe de trabalho e usuários dos serviços, pelo sentimento de pertencimento, e consequente mais motivação.

A gestão compartilhada será efetivada com a realização de reuniões, previamente agendadas, com a Secretaria de Saúde.

Nas unidades, os espaços abertos à realização das reuniões se darão entre as equipes de trabalho, sejam elas reuniões técnicas ou gerais, que serão determinadas pelo Diretor e o foco será a qualificação do processo de trabalho, análise dos objetivos propostos, levantamento de problemas que impactaram no atingimento das metas e proposta de soluções e sugestões para a construção do plano de ação. Tais iniciativas devem proporcionar a aproximação de toda a equipe, promovendo a qualificação do serviço.

É importante destacar que antes das reuniões, o Diretor da Unidade deve realizar a avaliação dos indicadores de produção, qualidade, e avaliação de Relatórios dos Sistemas de Informação com o objetivo de verificar os resultados alcançados e a necessidade de readequação de propostas para tal, dando foco e direção às discussões propostas.

Além das reuniões com a Secretaria de Saúde, propomos reuniões com as equipes de trabalho que compõem a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e a formação do Conselho Gestor de saúde, conforme descrito a seguir.

Reunião com a Equipe Técnica

O objetivo das reuniões de equipe técnica na unidade é o de promover a integração dos processos de trabalho desenvolvidos pela Equipe Multiprofissional, garantindo assim a continuidade e qualidade da assistência prestada.

O Diretor/coordenador, as lideranças e equipe multiprofissional determinam pautas prévias a serem discutidas, incluindo a implantação ou atualização de fluxos, e Protocolos Assistenciais, dentre outros documentos possíveis, para a padronização das atividades.

As datas, horário, local e pautas devem ser definidas previamente e as reuniões devem ser objetivas e efetivas.

Reunião de Conselho Gestor de Saúde

Essas reuniões são extremamente importantes para o fortalecimento da gestão compartilhada e devem ter como foco a valorização da comunidade dentro de um processo de apropriação e pertencimento, na avaliação dos serviços prestados, oferecendo a oportunidade de melhoria das práticas assistenciais e olhar para as necessidades dos usuários.

Estas reuniões são abertas à participação de todos os interessados, sejam usuários, trabalhadores e liderança.

Reunião Técnica de Informação e Planejamento

A Reunião Técnica de Informação e Planejamento será um espaço para promoção de:

- Compartilhamento de experiências;
- Alinhamento de conceitos;
- Democratização de conhecimento;
- Integralização dos diferentes níveis de atenção;
- Construção coletiva;
- Educação permanente;
- Elaboração e aperfeiçoamento das ferramentas que auxiliem a gestão dos serviços e/ou melhora dos processos de trabalho;
- Acompanhamento de programas e de indicadores de produção;
- Definições de estratégias para implantação de protocolos/ diretrizes.

Desta forma, configurando-se como um espaço de busca do fortalecimento do vínculo entre os diversos atores que compõem os setores e serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Essa reunião contará com a participação de todos os diretores, gerentes, coordenadores e supervisores diretamente ligados aos serviços.

Os objetivos destes encontros serão: análise da situação de saúde local, a partir dos dados produzidos mensalmente, bem como a qualificação destes dados e o acompanhamento dos

indicadores contratuais e de saúde. A periodicidade das reuniões será mensal e seguirá um cronograma anual previamente estabelecido.

A abordagem adotada para os temas da reunião será baseada na Teoria da Problematização com o método de Arco, que consiste em valorizar a experiência prática, embasá-la com referencial teórico e, por fim, estimular a reflexão do processo de trabalho.

Para melhor acompanhamento dos pontos trabalhados, haverá o estabelecimento de planos de ação imediatos e mediatos. Os imediatos serão trabalhados através de soluções pactuadas pelo grupo, já os mediatos exigirão consultas a outros atores e serão sistematizados para acompanhamento a curto, médio e longo prazo.

Destaca-se ainda que, tem-se como objetivo a ser alcançado nessas reuniões, a obtenção de produtos e experiências positivas, que viabilizem a melhoria contínua da comunicação, da universalização e da uniformização de conceitos, bem como o estímulo para que cada serviço faça a análise da informação de seu território, implementando as melhorias necessárias para a qualificação do serviço de saúde.

Reunião Técnica com Categorias Multiprofissionais

A reunião tem como meta o processo de comunicação entre os profissionais de diferentes áreas, com vistas a buscar estabelecer uma padronização do agir em serviço, respeitando a particularidade de cada serviço, trocando informações de ganhos primários e secundários de cada realização.

Neste espaço, são discutidos fluxos e protocolos de encaminhamento entre as diferentes categorias profissionais e entre os setores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, bem como com outras unidades de saúde da rede de atenção estadual. É realizada ainda, a discussão técnica, fomentando o desenvolvimento das práticas das categorias profissionais nos setores onde atuam, sendo ainda um momento em que os técnicos podem apresentar suas respectivas expertises.

Assim, a reunião técnica deve representar um espaço de capacitação em serviço, pois os profissionais participantes poderão discutir e compartilhar suas experiências e técnicas utilizadas, com o objetivo de melhorar e qualificar a assistência prestada na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

As reuniões técnicas serão realizadas bimestralmente, conforme cronograma prévio, com pauta planejada após discussão entre os técnicos, que levantarão suas demandas e necessidades na reunião geral da equipe multiprofissional ao início de cada ano ou sempre que surgir a necessidade de uma inclusão de pauta específica. Além disso, as reuniões técnicas contemplarão discussões acerca do desenvolvimento das atividades da equipe multiprofissional e de apoio aos serviços.

Durante as reuniões técnicas, também serão realizados capacitações e treinamentos, buscando aprimorar as práticas multiprofissionais, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada, com vistas à reabilitação física, mental, nutricional e social dos pacientes e dos profissionais, garantindo assim uma assistência segura para ambos.

Reunião Técnica de Farmacêuticos

As reuniões técnicas de farmacêuticos ocorrerão mensalmente, contando com a presença dos farmacêuticos da unidade, o Responsável Técnico Farmacêutico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a Supervisão de Farmácia e Coordenação de Suprimentos, conforme um cronograma estabelecido desde o início de cada ano e serão conduzidas pela área técnica de farmácia.

Essas reuniões terão como objetivo alinhar condutas técnicas e normatizar orientações para os serviços de farmácia, cumprimento da Portaria Ministerial nº 344/2008 e REMUME, bem como avaliar o abastecimento e controle de estoques. Nesta reunião, os profissionais deverão discutir fluxos e procedimentos e realizar trocas de experiências e de expectativas, para que o serviço de farmácia siga os padrões estabelecidos e garanta a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

As reuniões técnicas serão organizadas por meio de pauta construída previamente, contendo os temas pertinentes à categoria farmacêutica.

Deverá, ainda, haver o registro dos participantes em lista de presença e a elaboração de uma ata com as tratativas e ações pactuadas. Esta, posteriormente, deverá ser enviada aos serviços para conhecimento dos temas e tratativas abordadas.

O espaço da reunião técnica também poderá ser utilizado para realização de capacitações e treinamentos, de acordo com as necessidades trazidas pelos profissionais atuantes na farmácia.

Reunião Técnica de Enfermagem

A reunião técnica de profissionais da enfermagem viabiliza o processo de comunicação entre os profissionais, constitui-se tanto em um espaço para discussão técnica, isto é, do desenvolvimento das práticas de enfermagem nos diversos serviços de saúde, como também em um espaço para que os profissionais da área expressem suas experiências e expectativas com o objetivo de melhorar a oferta de serviços oferecidos à população.

Participarão destas reuniões os profissionais de enfermagem dos diversos setores da unidade, as coordenações e supervisões das áreas, a Gerente Assistencial (responsável técnica de enfermagem) da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a Enfermeira do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e a Gerente de Qualidade Assistencial da Sede.

As reuniões técnicas da equipe de enfermagem serão realizadas mensalmente, com pauta planejada, e como um dos itens da pauta, será realizada uma discussão em torno do desenvolvimento das atividades de enfermagem nos serviços, que serão confrontados com os protocolos operacionais e assistenciais da BHCL, a fim de identificar possíveis falhas nos processos de trabalho e propor intervenções necessárias.

Este espaço também será utilizado para realizar avaliação do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas da área, capacitações e treinamentos buscando aprimorar as práticas de enfermagem a fim de garantir a qualidade da assistência prestada, com vistas à segurança dos pacientes e dos profissionais.

Reunião Técnica de Médicos

Serão realizadas com representantes médicos de cada especialidade e dos setores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e acontecerão bimestralmente, com a presença dos coordenadores médicos e Gerente Médico Policlínica A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e do Diretor Médico da BHCL. Terá como objetivos:

- Integração dos diversos setores que compõem a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis;
- Discutir as diretrizes técnicas relativas aos processos de trabalho e ao exercício profissional;
- Elaboração de estratégias de implementação de diretrizes e protocolos;
- Avaliação e acompanhamento de indicadores do perfil epidemiológico da Unidade;
- Avaliação do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas da área;
- Capacitação dos profissionais médicos acerca de temas relevantes e oportunos.

2.2 Modelo de Gestão

O Que é o Modelo de Gestão

São diretrizes criadas pela BHCL para orientar o plano de trabalho aplicado às unidades de Saúde sob contrato de gestão. Define os instrumentos de planejamento, implantação e controle dos processos organizacionais inerentes à atividade de gestão das Unidades de Saúde.

Objetivo do Modelo de Gestão

É a representação clara e organizada do trabalho a ser desenvolvido pela equipe de gestores hospitalares da BHCL. Este Modelo encontra-se estruturado em fases distintas, permeadas por auditorias internas. As fases representam o caminho a ser seguido para evolução da gestão e podem ser ajustadas conforme a realidade da Unidade, sendo claramente planejadas, pois representam o compromisso do modelo de gestão a ser implementado, numa visão macro.

Fundamentação do Modelo de Gestão

As metodologias que fundamentam o modelo de gestão e, portanto, adotadas neste projeto, foram escolhidas por já serem consagradas no âmbito empresarial, extraídas de bibliografias da área de administração e saúde. Os vários instrumentos de aplicação utilizados foram desenvolvidos pela BHCL.

Metodologia

Com vista à valorização dos usuários SUS e na promoção da qualidade nos processos realizados, são propostas ações de melhoria da organização interna, conscientização e envolvimento de todos os colaboradores, aumento da satisfação e confiança dos usuários, melhoria da imagem diante da comunidade e aumento da produtividade, aplicando-se ferramentas administrativas e instrumentos de comunicação interna para facilitar o desempenho da gestão e o alcance dos objetivos da qualidade.

A qualidade é o elemento fundamental no processo de atendimento das expectativas das pessoas, em especial os usuários dos serviços de saúde. Toda instituição de saúde, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade da gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, além das áreas de docência e pesquisa. Todas essas ações devem ter como meta fundamental a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e na assistência à saúde somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela BHCL fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao colaborador, a humanização do atendimento, a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidade da população.

O modelo gerencial proposto pela BHCL na gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis será introduzido objetivando maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, implicando em mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

O cuidado na Unidade de Saúde é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, dependente da conjugação do trabalho de vários profissionais.

O cuidado, portanto, é resultado dos somatórios de muitos cuidados parciais que vão complementando-se, de maneira pactuada entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida da Unidade de Saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo de complementação, vai compondo o que é proposto como cuidado em saúde.

A qualidade assistencial compreende não somente a eficiência puramente técnica, mas também a qualidade assistencial percebida pelo usuário, a qual se traduz, entre outros, pela humanização no atendimento, a eficiência administrativa, a adequação das instalações físicas, a agilidade e oportunidade do atendimento.

Para o gestor de saúde um componente fundamental da equação para atingimento da qualidade assistencial é a resolubilidade do atendimento ao usuário.

A resolubilidade do atendimento, muitas vezes, não é percebida de forma efetiva pelo usuário em decorrência de natural assimetria de informação que permeia o relacionamento usuário X médico e usuário X unidade de saúde.

Qualquer deslize na resolubilidade assistencial redunda, de imediato, em elevação dos custos assistenciais e, mais cedo ou mais tarde, na insatisfação objetiva do usuário quanto ao tratamento recebido e não eficaz (por vezes, até agravante do seu quadro clínico).

O resultado desse fenômeno é o inevitável comprometimento da qualidade assistencial presente e futura.

Assim, resumidamente, o modelo gerencial da BHCL pressupõe uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos. A BHCL tem a firme convicção de que tem todos os requisitos para tornar-se referência e exemplo de sucesso deste modelo gerencial, no qual o acompanhamento de metas quantitativas e qualitativas monitoradas por indicadores de desempenho, combinado com o treinamento constante dos colaboradores e a transparência na gestão da Unidade de Saúde visam proporcionar a eficiência dos serviços prestados, que resulta na qualidade assistencial almejada, e, na resolubilidade que gera a contenção frutuosa dos custos e promove a eficácia terapêutica.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos art. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social. O relatório final da Conferência indicou que deveria haver a reorganização do sistema, com a separação entre saúde e previdência social, devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadores de serviços.

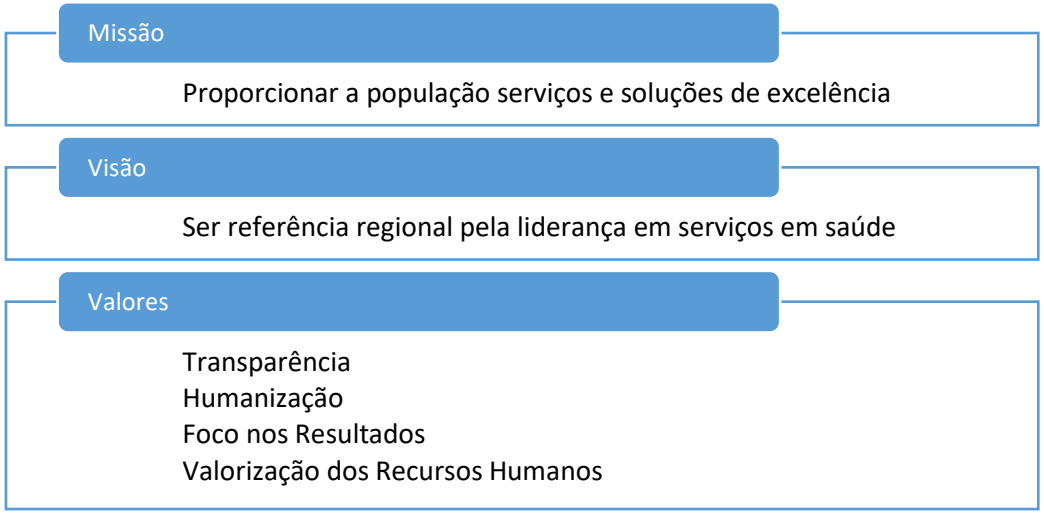
O SUS nasceu num ambiente em que a saúde era centralizada, concentrada e não hierarquizada, e foi precedido pelas Ações Integradas de Saúde – AIS e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, sendo

necessário a positivação das normas e diretrizes do SUS na Constituição, instituindo "tarefas para o Estado", com objetivo de descentralizar, regionalizar e hierarquizar a prestação do serviço.

Apesar de instituído em 1988, a implantação do SUS efetivamente se iniciou em 1990, após a sanção da Lei nº 8.080, denominada de Lei Orgânica do SUS, na qual foi regulamentada parte dos dispositivos constitucionais, e Lei nº 8.142, que obrigou a instituição dos Conselhos de Saúde e Fundos de Saúde como pré-requisito para que os entes federados recebessem recursos financeiros para a saúde.

2.2.1 Modelo Gerencial proposto pela BHCL

Uma Organização Social de Saúde (OSS) é uma instituição do setor privado, sem fins lucrativos, que se apresenta como parceira formal com o Município, e pretende atender o Princípio da Complementaridade de modo a participar da consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua Lei Orgânica - Lei nº 8080/90.



A seguir, apresentamos nosso Manual de Gestão de Qualidade Assistencial.

Ressaltamos que o documento a seguir é um Modelo e será alterado conforme serviços, demanda e perfil epidemiológico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

Agregar Valor (V): É o ato de entregar melhores resultados assistenciais ao paciente por unidade de reais despendidos na assistência, por meio do ganho de efetividade nos processos assistenciais, eliminação de processos desnecessários e eliminação de desperdícios (V= ↑Q ↓T ↓C).

AMB: Associação Médica Brasileira

Anamnese: é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença ou patologia. Em outras palavras, é uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente.

Atenção à Saúde: tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças.

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. Como uma tecnologia da gestão da clínica, são "recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas" (INSTITUT OF MEDICINE, 1990).

Cadeia de valor: Negócio principal da organização é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do serviço (Michel Porter, 1995).

CFM: Conselho Federal de Medicina

Condição Clínica: O termo Condição Clínica abrange doenças, males, lesões, e circunstâncias naturais como a gravidez. Relevante na prestação da assistência à saúde deve ser analisada e tratada ao longo de todo ciclo do atendimento.

Cuidado em Saúde (Humanização em Saúde): conjunto de relações entre os profissionais e os usuários, cujo objetivo é a inclusão, que se concretiza por meio do respeito e da preocupação dos primeiros em escutar a subjetividade dos segundos. Significa, também, a preocupação com os saberes e tecnologias a serem utilizadas. Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades.

Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento da força de trabalho com a gestão da saúde e da segurança dos pacientes, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

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.

Custo da não qualidade: Custo assistencial gerado por ações desnecessárias e pelo desperdício.

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.

Diretrizes Assistenciais: São políticas, procedimentos, rotinas e protocolos apoiados nas melhores evidências científicas e validados pelo seu Corpo Clínico com o objetivo de garantir a melhor qualidade assistencial para os nossos pacientes, em tempo hábil e com efetividade.

Diretrizes: na Constituição Federal, as **Diretrizes do SUS** enfatizam o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

É um método amplamente aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente àquelas relacionadas às melhorias, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais entendíveis.

Efetividade: é a soma de resultados eficazes e eficientes, através da ênfase na percepção do cliente. Significa que há preenchimento das expectativas do cliente, através de uma ação programada e planejada para satisfazer os seus desejos. É um conceito que tem um cunho "sensitivo", o que significa que há comprovação, pelo cliente, dos resultados alcançados.

Eficácia: é a capacidade de atingir os resultados desejados. Significa a otimização das atividades com a agilização de recursos para alcançar o resultado esperado. É um conceito que tem um cunho "digital", o que significa que há, ou não há eficácia.

Eficiência: são resultados obtidos em relação aos recursos utilizados. É a obtenção de resultados através da ênfase nos meios, da resolução dos problemas existentes e da salvaguarda dos recursos disponíveis com o cumprimento das tarefas e obrigações. Significa fazer bem as tarefas, administrar os custos, reduzir as perdas e o desperdício. É um conceito que tem um cunho "analógico", o que significa que pode haver mais, ou menos eficiência.

Etiológico: está relacionado à **Etiologia** que é a ciência das causas, da origem das coisas. O conceito abrange toda a pesquisa que busca as causas de determinado objeto ou conhecimento e na Medicina busca os fatores que causam as doenças.

Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

Evidências científicas: Derivadas da expressão "Medicina baseada em evidências", as evidências científicas devem ser compreendidas por meio dos seguintes componentes: as evidências, as vivências, a competência e a ética, elementos que devem ser integrados na prática de qualquer profissão na área da saúde.

FNQ: Fundação Nacional da Qualidade.

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.

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.

Grau de melhoria (GM): o grau de melhoria de um indicador é o valor percentual realizado acima do valor realizado anteriormente.

Grau de realização (GR): o grau de realização de um indicador é o valor percentual realizado em relação ao valor que se pretende realizar (meta).

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

Linhas de Cuidado: Significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações, com profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes.

Linhas-Guia: são instrumentos que abrigam conteúdos sobre determinada área do conhecimento e de prática no campo da saúde. Tem por objetivo determinar, normalizar, padronizar ou regular, ações ou procedimentos, servindo de base para a organização sistêmica dos serviços, como um meio para se alcançar a racionalização dos recursos, a máxima utilização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade.

Na organização das ações do SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam a atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema.

Na rede de serviços de saúde as linhas-guia orientam as ações de determinado setor de forma integralizada, na lógica dos níveis de atenção.

MEG: Modelo de Excelência em Gestão.

Melhores Práticas e Padrões de Trabalho: práticas e padrões de trabalho reconhecidos pelo mercado como agregadores de valor assistencial.

Não Conformidades: nos Sistemas da Qualidade, a não conformidade se traduz pelo não atendimento às especificações do produto ou processo, avaliadas por meio de medições, testes ou auditorias.

Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

PDCA: Também conhecido como "Ciclo de Deming", o **PDCA** é uma ferramenta de gestão da qualidade e permite o controle do processo. A sigla PDCA designa cada etapa do ciclo: "Plan", planejar; "Do", fazer ou agir; "Check", checar ou verificar; e "Action", no sentido de corrigir ou agir de forma corretiva.

PDCL: ferramenta de melhoria contínua de processos que apresenta vantagens significativas ao aprendizado por meio da disseminação das melhores práticas. Uma inovação do PDCA, que se constitui das seguintes etapas: "Plan", planejar; "Do", fazer ou agir; "Check", checar ou verificar; e "learn", aprendizado, no sentido de implementação de melhorias.

PG: Procedimento de Gestão

PID: Programa de Internação Domiciliar

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.

Plano Terapêutico: É o conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base na condição clínica do paciente, que visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis, ao tratamento, e que deverão ser executadas durante todo ciclo da assistência.

PNSP: **Programa Nacional de Segurança do Paciente -** Diretrizes para contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Processos Assistenciais: conjunto de processos técnicos multidisciplinares que garantem a entrega de serviços de assistência à saúde de alta qualidade e custo competitivo.

Processos de Apoio: conjunto de processos que garantem recursos e estruturas necessárias com custo competitivo, para efetividade dos processos assistenciais.

Processos Gerenciais: conjunto de processos que direcionam, patrocinam e controlam os resultados dos processos assistenciais e de apoio, bem como, garantem a sinergia entre eles.

Protocolos conforme classificação:

• **Protocolos Clínicos**: recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia a dia. São importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica e deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar.

• **Protocolos Gerenciados:** são diretrizes assistenciais que monitoram continuamente indicadores de qualidade a fim de garantir uma prática clínica com qualidade e segurança ao paciente, podendo ser aplicados a protocolos clínicos e protocolos de segurança.

• **Protocolos Segurança:** são recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais, para uma assistência adequada e integral aos usuários/pacientes.

• **Protocolos Assistenciais**: São orientações para organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos, procedimentos, instruções, técnicas e regulamentos legais

PSF: Programa de Saúde da Família

Qualidade: "Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente". Deming associa qualidade à impressão do cliente, portanto não é estática. "A dificuldade em definir qualidade está na renovação das necessidades futuras do usuário em características mensuráveis, de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o usuário possa pagar." (DEMING, 1993)

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

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.

Sindrômico: O diagnóstico sindrômico parte da reunião dos sinais e sintomas e tenta encaixá-los em um todo coerente, que signifique uma **síndrome**, conduzindo a possíveis causas da doença em questão.

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.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

1. INTRODUÇÃO

A BHCL reconhece o **Modelo de Governança para Qualidade e Segurança**, como instrumentos fundamentais alinhados com sua missão, visão e valores. Reconhece também a importância desses instrumentos para sua sustentabilidade, crescimento e perenidade, e como fatores agregadores de valor para os pacientes, familiares, sociedade e demais partes interessadas.

O Manual de Segurança e Qualidade Assistencial visa orientar os gestores e líderes das unidades geridas pela BHCL, de forma clara e objetiva, quanto à implementação do Modelo de Governança para Qualidade e Segurança e da implantação das Diretrizes Assistenciais.

O **Modelo de Governança para Qualidade e Segurança** é uma filosofia que tem como principal objetivo disseminar a cultura de padrões e práticas assistenciais de classe mundial, para entregar valor aos pacientes e sociedade, com a melhor qualidade disponível, no menor tempo e custo possíveis.

As **Diretrizes Assistenciais** têm por objetivo conciliar informações da área médica e assistencial a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e da equipe multiprofissional.

1.1 ABRANGÊNCIA

Este manual se aplica aos Serviços de Saúde - Hospital, UPA, SAMU, PSF, PID, ESF, UBS, EMAD, Policlínicas e outros, sob gestão da BHCL (Unidades) e deve ser referência para os demais serviços administrados.

1.2 POLÍTICA ASSISTENCIAL

A Política Assistencial tem como objetivo garantir a qualidade e segurança nos processos assistenciais, por meio da implementação do Modelo BHCL de Excelência em Gestão fundamentado

no **Modelo de Governança para Qualidade e Segurança - MGQS**, entregando valor para os pacientes e familiares, em harmonia com os interesses da alta administração, colaboradores, fornecedores e comunidade.

A BHCL, comprometida com a excelência assistencial em suas unidades, declara seus compromissos com a gestão assistencial, através das seguintes diretrizes:

- Construir e disseminar a cultura da excelência assistencial como Valor, através da liderança pelo exemplo, responsabilidade individual e vigilância compartilhada;
- Entender, assegurar ou superar o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes e familiares;
- Estabelecer objetivos, metas e indicadores, que permitam avaliar sistematicamente os resultados assistenciais;
- Melhorar continuamente a efetividade da gestão assistencial, garantindo a qualidade e custo dos serviços, por meio da estabilidade dos processos necessários, da eliminação de processos desnecessários e da redução/ eliminação de desperdícios;
- Implementar um processo de comunicação institucional que garanta a efetividade da gestão assistencial;
- Assegurar as competências dos profissionais, mediante capacitação e avaliação de desempenho, que considerem aspectos técnicos, éticos e interpessoais;
- Identificar, atrair, reter e estimular a inovação e criatividade dos profissionais;
- Gerenciar riscos à saúde e segurança dos pacientes, dos familiares e dos profissionais, através da identificação, avaliação, controle e/ ou mitigação dos riscos;
- Monitorar o desempenho dos fornecedores de bens e serviços que impactam diretamente na assistência, visando assegurar a qualidade do fornecimento;
- Garantir o cumprimento da legislação vigente e normas institucionais;
- Atualizar e revisar periodicamente os padrões e práticas assistenciais;
- Assistir aos pacientes e familiares de forma responsável em todas as ações através de todos os atores envolvidos.

1.3 MGQS – MODELO DE GOVERNANÇA PARA QUALIDADE E SEGURANÇA

O **Modelo de Governança para Qualidade e Segurança** - **MGQS** consiste em uma metodologia própria de assistência multidisciplinar à saúde, focada na entrega de valor aos pacientes e familiares.

O **MGQS** estabelece uma base teórica e prática para busca da excelência dentro dos melhores padrões e práticas assistenciais.

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Sistema pelo qual equipes de assistência médica são responsáveis pela qualidade, pela segurança e pelas experiências dos pacientes no cuidado que elas fornecem, ao criar um ambiente no qual a excelência no cuidado clínico prospere. Para os atores da assistência médica isso significa especificar padrões clínicos que serão fornecidos e mostrar a todos as medidas que foram tomadas para demonstrar que foi feito o que deveria ser feito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os doze pontos seguintes provêm um esboço sobre a aprendizagem por toda a iniciativa do Desenvolvimento do **MGQS**:

1. A integração de governança corporativa e clínica é de suma importância para todas as mudanças no sistema de saúde.
2. A importância da qualidade e da segurança sendo um item na agenda de prioridades em toda reunião.
3. A importância dos membros do conselho e executivos ouvindo diretamente dos pacientes, membros do público e funcionários sobre suas experiências.
4. A valia dos membros do conselho e de executivos ao observarem diretamente em rondas de qualidade e segurança do cuidado e do tratamento provido.
5. Mudança real em melhorar a qualidade e a segurança requer total comprometimento da equipe de gerenciamento executivo (incluindo finanças, recursos humanos, tecnologia da informação, diretores clínicos e da gerência).
6. Em todas as questões deve haver clareza para que os funcionários saibam e entendam o papel de seu pessoal e o da equipe e as responsabilidades durante todo o tempo.
7. Juntamente com a liderança e a contabilidade, a governança clínica é sobre ter as estruturas certas e os processos no lugar para atingir qualidade e segurança dos serviços.
8. Investimento em atingir uma massa crítica de gerentes, clínicos e funcionários com expertise em metodologias de melhoramento da qualidade promove segurança do paciente.
9. Investir em capacitação, pois termo governança clínica pode ser confuso para funcionários pois é composto por uma mistura de atividades relacionadas à governança, ao gerenciamento e à prática.
10. Os funcionários lideram e respondem bem à qualidade focada e ao suporte de segurança em um período de muitas demandas (medidas e exames minuciosos).
11. Entender a qualidade e a segurança do nosso serviço de saúde requer uma abordagem

compreensiva para coletar, analisar e discutir dados.

12. Compartilhar informação e experiência entre provedores do serviço de saúde leva ao e suporta o ambiente de aprendizado.

1.3.2.1 COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO

Consiste em evidências mundial que apontam que o comprometimento da alta administração contribui substancialmente para o melhor progresso na qualidade da entrega do resultado assistencial aos pacientes. Começando com o corpo diretivo, que deve ser composto por executivos que entendam as diversas dimensões da assistência e dos seus impactos no resultado global da organização.

Na prática, o comprometimento da alta administração deve se manifestar por:

- Estabelecer uma proposta clara, ***com foco na entrega de valor ao paciente,*** para assegurar a qualidade do resultado assistencial;
- Dedicar 25% do tempo das reuniões para resultados assistenciais;
- Definir objetivos e metas assistenciais e não assistenciais que sejam desafiadoras, factíveis e mensuráveis;
- Atualizar constantemente os valores e princípios organizacionais de forma a promover a cultura de excelência e a criação de valor para todas as partes interessadas - governança corporativa.
- Supervisionar a execução de um plano efetivo para melhoria contínua da qualidade assistencial (governança clínica);
- Compreender, assegurar ou superar o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes e familiares;
- Construir um sistema efetivo de liderança;
- Selecionar, desenvolver e alinhar um time capaz de concluir tarefas e assegurar a melhoria contínua;
- Prover recursos que assegurem a qualidade assistencial, sobretudo, financeiros, humanos e tecnológicos.

1.3.2.2 ENGAJAMENTO DA LIDERANÇA NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL

Consiste na atuação dos líderes de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando o desenvolvimento ininterrupto da cultura de excelência, promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes envolvidas, ou seja, liderança transformadora.

Na prática, o engajamento das lideranças, consiste em:

● Analisar o desempenho da organização, por meio da comparação do desempenho operacional e estratégico da instituição, elegendo um referencial comparativo desafiador;

● Dedicar 25% do tempo das reuniões para resultados assistenciais;

● Gerenciar os resultados assistenciais, por meio da realização de análise crítica periódica;

● Motivar, conduzir e acompanhar o desenvolvimento da equipe;

● Construir um compromisso claro e bem definido, focado nos resultados assistenciais;

● Comunicar à força de trabalho o desempenho da organização;

● Prestar contas das ações e resultados alcançados; e

● Desenvolver um sistema de gestão da comunicação que assegure a qualidade e segurança na entrega do serviço assistencial.

1.3.2.3 VALORIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Consiste em estabelecer relações com as pessoas, criando condições para que elas se realizem profissional e humanamente, maximizando seu desempenho por meio de comprometimento, desenvolvimento de competências e espaço para empreender.

Na prática, a valorização da força de trabalho, consiste em zelar pela:

- **Qualidade de vida** – analisar a saúde e segurança, necessidades e expectativas da força de trabalho, de forma a desenvolver um programa de benefícios adequado e avaliar a satisfação dos profissionais;

- **Capacitação e Desenvolvimento** – fundamentados no perfil do cargo, estratégias da empresa e desempenho individual, com avaliação de sua efetividade;

- **Remuneração** – verificar se a remuneração está adequada aos cargos e se está estimulando a busca por atingir as metas definidas para cada cargo.

1.3.2.4 CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO DO CLIENTE E DO MERCADO

Consiste na abordagem dos processos relativos ao tratamento de informações dos clientes e mercado e à comunicação com o mercado e clientes atuais e potenciais.

Na prática, o conhecimento do cliente e mercado, consiste em:

- Conhecer como o mercado de saúde suas tendências e segmentação;

- Conhecer seus concorrentes;

- Definir e conhecer as necessidades dos clientes, tais como: instituição mantenedora da dependência, os pacientes e familiares, os parceiros (serviços de saúde terceirizados como: médicos, SADT, nutrição, lavanderia, consultores, auditores).

1.3.2.5 CULTURA DE CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO

Consiste na promoção de um ambiente favorável à criatividade, à experimentação de novas ideias que possam gerar um diferencial competitivo para a organização.

Na prática, a cultura de criatividade e inovação, consiste em:

- Assegurar o acesso às ideias, conhecer e incentivar a busca por conhecimento em organizações mundiais reconhecidas que se destacam pelas boas práticas assistenciais.

1.3.2.6 DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES SEGURAS PARA TOMADA DE DECISÃO

Consiste num bom sistema de informação como fator preponderante na tomada de decisão. A alta performance gerencial pressupõe a existência de infraestrutura informacional para tomada de decisão, de forma ágil e segura.

Na prática, a disponibilidade de informações seguras para tomada de decisão, consiste em:

- Implementar processos gerenciais que contribuam diretamente para a disponibilização sistemática das informações atualizadas, precisas e seguras, com o apoio da tecnologia de informação.

1.4 ANÁLISE CRÍTICA DE RESULTADOS ASSISTENCIAIS E BUSCA CONTÍNUA DO APRIMORAMENTO DOS MESMOS

Consiste em analisar os resultados assistenciais de acordo com o grau de realização e grau de melhoria dos indicadores assistenciais em relação as metas pré-estabelecidas buscando a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Estabelecer um referencial comparativo para cada indicador.

Na prática, a análise crítica dos resultados assistenciais e a busca contínua do seu aprimoramento consistem em:

- Analisar criticamente os resultados assistenciais, comparando-os com as metas pré-determinadas, baseadas em um referencial competitivo, de forma a promover a melhoria contínua dos serviços assistenciais;
- Definir a periodicidade das reuniões de análise crítica;
- Definir ações neutralizadoras dos pontos fracos e ações potencializadoras dos pontos fortes;
- Monitorar a execução e resultados das ações.

1.5 GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS, GERENCIAIS E DE APOIO E A SINERGIA ENTRE ELES

Consiste em gerenciar os processos assistenciais, gerenciais e de apoio, assegurando o alinhamento entre eles, de forma a desprezar atividades desnecessárias, permitindo que os profissionais da assistência otimizem seu tempo dedicado ao cuidado do paciente, promovendo ganho de efetividade nos processos.

Na prática, o gerenciamento dos processos assistenciais, gerenciais e de apoio e a sinergia entre eles, consistem em:

- Estabelecer objetivos, metas e indicadores assistenciais, gerenciais e de apoio;
- Estimular o comprometimento e envolvimento da força de trabalho de forma que se sintam responsáveis pela qualidade dos serviços entregues aos pacientes;
- Definir protocolos médicos para as patologias de maior prevalência, risco e custo;
- Definir os principais requisitos dos serviços a serem entregues e relacionar a indicadores de desempenho;
- Eliminar processos desnecessários e reduzir desperdícios;
- Humanizar a assistência;
- Compreender como o paciente percebe o valor recebido na assistência;
- Definir ferramentas, metodologias e boas práticas de mercado para gerenciar os processos.

1.6 MACROPROCESSO DO MGQS

Conceito	**Governança para Qualidade e Segurança**		
	Estrutura	**Processo**	**Resultado**

Domínios	Organização de Assistência Médica da Comunidade/Conselho	Indicadores de qualidade e de performance	Cuidado do paciente
	Comitê do Conselho de Qualidade e Segurança	Aprender e compartilhar informação	Experiência do paciente
	Equipe de Gerenciamento Executivo	Envolvimento do paciente e do público	Melhoramento do serviço
	Comitê Executivo de Qualidade e Segurança	Gerenciamento de risco e segurança do paciente	
	Diretórios	Eficácia clínica e auditoria	
	Liderança clínica	Funcionários e gerenciamento de funcionários	
	Cerne da responsabilidade	Gerenciamento de informação	
		Capacidade e aptidão	
Contexto	Médico individual		
	Serviço/Departamento/Diretório		
	Equipe de Gerenciamento Sênior/Executivo		
	Organização de Assistência Médica da Comunidade/Conselho		
	Normas do Ministério da Saúde/SES/SMS		

1.6.1 ESTRUTURA E PROCESSOS

O processo que permeia a linha de cuidados assistenciais é composto por fases que se sucedem e repetem semelhante ao que ocorre ao indivíduo durante a sua vida. Assim, como um recém-nascido necessitará de cuidados de puericultura, onde essas fases já se apresentam, o mesmo acontecerá ao lactente, o pré-escolar, o adolescente e o adulto, tanto em sua idade jovem como na maturidade e senilidade.

Os cuidados preventivos com a saúde constituem também um processo contínuo, com as mesmas fases que se iniciam e encerram. Esse processo de assistência é permanente, tanto nos estados de saúde como nas doenças.

A sequência de ações pode ser comparada a qualquer processo de gerenciamento, aqui referentes ao "gerenciamento" da saúde do indivíduo, constituindo uma aplicação dos princípios da ferramenta do PDCA (L) para todas as ações preventivas ou curativas em busca da manutenção ou restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial.

Na verdade, esse processo já é aplicado pela Medicina e pelas outras profissões de promoção da saúde no modelo consagrado do diagnóstico seguido pela terapêutica, com a obtenção de resultados visando a melhoria do estado do indivíduo.

Nosso objetivo é sistematizar, por um prisma gerencial, a linha de cuidados assistenciais, definindo espaços e responsabilidades dentro do contexto do gerenciamento de resultados de qualidade assistencial, muito mais do que na mera obtenção de metas quantitativas ou indicadores numéricos, que estarão consequentemente alcançáveis ao se concluir a própria linha de cuidados, seja no âmbito da internação hospitalar seja na atenção básica à saúde em nível ambulatorial ou no lar.

As ações de melhoramento da qualidade focaram em fortalecer as estruturas de qualidade e segurança e os processos, ao:

- Definir acordos de confiabilidade para qualidade e segurança;
- Clarificar governança e reportar relacionamentos apontados em gráficos organizacionais;
- Rever termos de referência para equipes de gerenciamento executivo;
- Apoiar o estabelecimento e o desenvolvimento de diretórios;
- Identificar agrupamentos de especialidades clínicas com liderança clínica;
- Estabelecer/rever os termos de referência para comitês de governança clínica;
- Mapear os relacionamentos reportados de todos os comitês de qualidade e segurança;
- Usar agendas de encontro padrão focadas nos temas dos padrões nacionais;
- Formar grupos de parceria de pacientes;
- Focar em divulgações abertas;

- Rever a abordagem de organização para auditoria clínica;
- Envolver funcionários através do uso de sessões de instrução de funcionários, boletins de notícias, convites para prover sugestões para os desenvolvimentos de qualidade e segurança; e
- Organizar eventos de lançamento formais na conclusão do projeto.

1.7 FASES DO PROCESSO ASSISTENCIAL BASEADO NO MGQS

a) ACOLHIMENTO

Nesta fase, os pacientes serão recebidos pelo médico que, avaliará e estabelecerá a **Condição Clínica** do paciente e elaborará o **Plano de Tratamento.**

O comprometimento da equipe assistencial multiprofissional é condição básica para o sucesso do plano terapêutico, assim entendido como a linha de cuidados estabelecida quando o indivíduo estiver sob a responsabilidade da unidade de saúde gerenciada.

A partir dos processos de identificação do indivíduo na admissão ao serviço de saúde se instala o processo assistencial, iniciado no âmbito do setor de emergência com a classificação de risco ou com a transcrição fidedigna dos objetivos da referência que o trouxe para a instituição.

O acolhimento nesse âmbito se entende como a recepção do indivíduo pela equipe multiprofissional, seja pela Enfermagem ou pelo corpo médico, com a busca da compreensão do motivo do acesso espontâneo ou referenciado à instituição.

Acordos de governança eficazes reconhecem as interdependências entre governanças corporativas, financeiras e clínicas através do serviço e as integram para produzir assistência médica de alta qualidade, segura e confiável. Atualmente o serviço de saúde tem alocado uma ênfase importante na qualidade e na segurança do paciente ao desenvolver uma infraestrutura para qualidade integrada, segurança e gerenciamento de risco.

b) DIAGNÓSTICO DA CONDIÇÃO CLÍNICA

A anamnese deve ser completa, não subestimando o conceito da integralidade da saúde do organismo, bem como o comprometimento com a instalação da linha de cuidados assistenciais adequada a cada situação.

Exame físico e hipóteses diagnósticas poderão ser dirigidos especificamente ou terão que ser completos em situações em que informações de referência estejam indisponíveis.

De qualquer forma, a responsabilidade profissional não deve ser diluída entre os membros da equipe multiprofissional, utilizando quando necessário o concurso de especialistas disponíveis.

O indivíduo não pode ser avaliado superficialmente como um portador de uma lesão evidente ou classificado superficialmente em diagnósticos puramente sindrômicos, mas examinado e

analisado em suas características individuais, levando em conta sua condição clínica pregressa e outros agravos à saúde dos quais seja portador.

A utilização de exames complementares laboratoriais, funcionais e de imagem será conduzida e indicada pelas hipóteses diagnósticas baseadas na clínica apresentada, devendo seguir protocolos bem estabelecidos, sempre que disponíveis, ou o conhecimento inerente à boa prática técnica dos profissionais.

O estabelecimento de um diagnóstico sindrômico ou etiológico, bem como a identificação de outras condições clínicas correlatas pré-existentes ou possivelmente decorrentes do diagnóstico principal, propicia a instalação do plano terapêutico adequado a ser seguido em todas as suas vertentes.

c) DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

A opção pela melhor conduta terapêutica em cada situação é baseada fortemente no conhecimento técnico prévio da equipe multiprofissional, bem como na existência de protocolos definidos pela instituição em conformidade com as boas práticas clínicas consagradas e ou normatizadas.

Seja uma conduta clínica medicamentosa e de cuidados, seja uma programação cirúrgica imediata ou passível de preparação mais detalhada, o ponto de partida do plano terapêutico é fundamentado por estar em consonância com as fases anteriores, ou seja, o acolhimento e o diagnóstico completo da ou das condições clínicas apresentadas.

A prescrição médica e de enfermagem representa a correta execução dessas fases e propicia as condições para que o plano terapêutico instituído seja o início da ação terapêutica que se estabeleça adequadamente em busca do resultado esperado.

d) EXECUÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

A prescrição da conduta terapêutica constitui-se no início das ações em busca da manutenção ou restabelecimento do estado saudável do indivíduo sob cuidados.

Utilizar protocolos de segurança farmacêutica ou cirúrgica é desejável, bem como todos os demais cuidados com a segurança do indivíduo sob cuidados.

A administração de fármacos por qualquer via, os cuidados referentes ao decúbito e transporte e ao preparo de intervenções cirúrgicas são fundamentais para que o plano terapêutico planejado seja executado em sua plenitude, evitando perda de efetividade das medidas necessárias.

Mais uma vez, além de protocolos bem definidos, o conhecimento técnico é fundamental para o sucesso das medidas prescritas pelo corpo médico e pela enfermagem.

Os medicamentos, equipamentos, materiais cirúrgicos e as instalações da instituição constituem infraestrutura básica da qual não se pode abrir mão.

A checagem permanente da execução de cada medida prescrita representa segurança e condição para o sucesso.

e) AVALIAÇÃO DO RESULTADO DO PLANO TERAPÊUTICO

Além do completo domínio da execução do plano terapêutico evidenciado pela checagem das medidas prescritas, a monitoração da evolução clínica do indivíduo é importante para que o controle sobre a linha de cuidados se mantenha em progressão constante e positiva, permitindo a retomada do processo em fase anterior, replanejando eventualmente as ações mediante o diagnóstico de alterações positivas ou negativas no estado clínico global e nova prescrição de cuidados necessários. Novamente, a anamnese, exame físico e complementar assumem papel importante para avaliação das mudanças no estado do indivíduo, utilizando-se do conhecimento técnico e de protocolos definidos, quando se aplicar.

Nesta fase, manifesta-se também o aspecto de aprendizado, uma vez que padrões de evolução são variáveis em indivíduos diferentes ou mesmo condições clínicas não evidentes no início do processo de cuidados podem se manifestar durante a evolução.

f) TRANSIÇÃO DE CUIDADOS E ALTA

A finalização do plano terapêutico requer a transição de cuidados, que deixarão de ser assistidos quando o indivíduo receber alta hospitalar, alta de tratamento e/ou institucional e passarão a ser de responsabilidade do próprio indivíduo ou familiares.

Essa transição será feita com a devida orientação multiprofissional uma vez que os períodos de convalescença podem se estender ou o indivíduo necessite utilizar cuidados preventivos para evitar novo evento da mesma condição clínica, complicação ou sequela.

Ainda, a transição de cuidados é necessária dentro do próprio ambiente institucional, no caso hospitalar, nas condições de transferência interna, em que o indivíduo precisar de acolhimento em unidade de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e serviços de diagnóstico e tratamento.

Em cada uma dessas situações fecha-se um ciclo do processo assistencial e se inicia um novo, retornando ao acolhimento, diagnóstico da nova situação e da situação pregressa, novo plano terapêutico a ser planejado, executado, avaliado e concluído, todos fazendo parte do macroprocesso do modelo assistencial assentado na excelência de execução de cada uma das fases.

1.8 RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Na avaliação dos Serviços assistenciais, os aspectos pontuados pelos manuais de Qualidade e Certificações habitualmente partem de dados sobre satisfação do cliente, dados de mortalidade, restauração da saúde, informações dadas antes da alta, cuidados no retorno aos hábitos diários, como se esses critérios de resultado fossem suficientes para a avaliação da qualidade assistencial.

Outro aspecto refere-se à aplicabilidade da avaliação de resultado de risco hospitalar na área da responsabilidade civil profissional, orientando a prevenção de danos e riscos organizacionais com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

O meio pelo qual se torna possível identificar os resultados é na forma de **indicadores**, que são dados coletados rotineiramente, padronizados e que permitem a comparação dentro e/ou fora do serviço. Devem fornecer informações confiáveis a respeito das características do problema escolhido, fornecendo uma forma de avaliação ou análise crítica para levar ao ciclo da melhoria contínua, deve ter reprodutibilidade, consistência e interpretabilidade, além de ser integrado ao sistema de gestão.

Antes de se definir o que se irá fazer e qual caminho deve ser percorrido, é preciso fixar onde se quer chegar. Essa representação deve ser pautada em metas claras e definidas.

A **meta** trata-se do resultado a ser alcançado, um fim exato e mensurável almejado pelo gestor, e, para atingi-la é necessário realizar um esforço. Muitas pessoas confundem objetivo com meta, porém o objetivo refere-se a uma intenção, uma vontade ou um desejo. A meta engloba a quantificação desse objetivo.

O gestor tem como principal atribuição estabelecer metas para a sua equipe, sendo assim deve organizar recursos e conduzi-los para a sua concretização, mantendo-se atento aos possíveis ajustes.

Todas as metas devem ser mensuráveis, factíveis e desafiadoras. Para atingi-las é preciso reunir as seguintes ações: planejar, organizar, controlar e liderar. Quando bem delimitadas favorecem ao gestor selecionar quais atividades serão executadas, por quem serão realizadas e quando serão cumpridas.

O gerenciamento de qualidade depende de medição, informação e análise. Aquilo que não pode ser medido não pode ser avaliado e, consequentemente, não há como intervir sobre as ações que estão sendo realizadas.

Deve-se fazer uso dos indicadores assistenciais para planejar, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades, corrigir as não conformidades e alinhar as atividades com as metas da organização. As decisões são tomadas baseadas em fatos, dados e informações quantitativas e qualitativas.

Os indicadores medem qualidade, custos e entrega de serviços, e estão voltados e relacionados com os clientes e deve ser estabelecido sobre aquilo que se possa exercer controle e que se possa atuar na causa do desvio.

Os sistemas de medição através dos indicadores de desempenho das organizações de excelência devem dar informações às equipes gestoras dos diferentes processos, sobre as tarefas ou atividades que contribuem para um determinado resultado a fim de que as equipes envolvidas no processo saibam se estão no caminho certo ou então onde estão as anomalias que devam ser corrigidas.

As reuniões de análise crítica dos resultados / indicadores com o objetivo de indicar as situações, mensurar, avaliar, propor metas, criar planos de ações e orientar, visam a implementação de ações corretivas para excelência da assistência.

Na prática, os resultados assistenciais, deverão ser abordados da seguinte maneira, sem a ela se limitar:

Estabelecer os objetivos e metas assistenciais da instituição e dos respectivos serviços assistenciais (clínicos, cirúrgicos, anestesia, radiologia, laboratório e outros);

- Estabelecer os indicadores e referenciais comparativos e as respectivas metas;
- Por meio dos indicadores, identificar os resultados assistenciais alcançados;
- Realizar análise crítica dos resultados;
- Definir e implementar ações para melhoria da qualidade assistencial;
- Mensurar a efetividade das ações de melhoria.

1.9 DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

1.9.1 OBJETIVO

As Diretrizes Assistenciais da BHCL, alinhadas ao Projeto Diretrizes da AMB e CFM, tem por objetivo conciliar informações da área médica e assistencial a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e da equipe multiprofissional.

As informações contidas neste Manual devem ser submetidas à avaliação e à crítica dos profissionais envolvidos, responsáveis pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

É importante saber que as diretrizes, por si só, não geram ações. São instrumentos direcionadores de linhas políticas e dependem, em primeiro lugar, de quem as adota e como são interpretadas. Ou seja, dependem da percepção que se tem do objeto de trabalho. Neste sentido, a qualidade obtida nos serviços vai depender da direcionalidade política impressa pelo gestor às ações.

1.9.2 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS: DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer a prática, que lhe deem direcionalidade e garantam a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça, em profundidade, o problema a ser enfrentado. É importante saber definir os objetivos a alcançarem, para que não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema.

Portanto, o que se espera é que as diretrizes guardem estreita relação com a situação de saúde da população sob a responsabilidade de uma unidade, com os problemas enfrentados e com sua capacidade de produzir saúde.

1.10 ASPECTOS ESPECÍFICOS NA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE

É fundamental ter claro o objetivo do mesmo e saber o que se pretende com sua implantação. Nesse processo, as metas devem levar em conta que fatores – políticos, sociais, econômicos, culturais e biológicos – relacionados com seu surgimento devem ser gerenciados e modificados.

1.10.1 OBJETIVOS

As ações propostas buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos **condicionantes** e **determinantes** dos problemas a serem enfrentados, bem como considerar a **magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos** destes.

- **Condicionantes:** situações essencialmente definidas pela posição social dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda. Correlacionam-se ao domicílio, ao ambiente peridomiciliar, à restrição de acesso à alimentação, à exposição a agentes tóxicos ou infectocontagiosos, às más condições sanitárias e às condições penosas de trabalho.
- **Determinantes:** qualidade de vida das pessoas e as consequências dessa situação sobre sua saúde como condições sociais, econômicas e culturais que, além de estabelecer uma seletividade no acesso aos serviços, são responsáveis pela definição de diferentes valores, hábitos e costumes em relação ao seu corpo e à sua própria saúde.
- **Magnitude:** taxas de morbidade e mortalidade de um problema, revelando o quanto um problema (doença) apresenta capacidade de ser mortal para uma população. Exemplos: a raiva é uma doença de expressiva letalidade que acomete poucas pessoas, apresenta pouca capacidade de matar grandes parcelas da população; a hipertensão arterial não é letal, pois uma pessoa hipertensa não necessariamente vai morrer desse problema. Porém, é uma doença que, se não controlada, pode levar ao agravamento de problemas cardíacos e circulatórios capazes de conduzir a

incapacidades físicas e à morte. Acomete grande parcela da população, adquire importância fundamental para os serviços de saúde, tornando-se um problema prioritário.

• **Transcendência:** grau de conhecimento e de importância atribuída pela população a um determinado problema de saúde. Exemplo: A ação de combate ao câncer apresenta mais chances de êxito junto à população do que as de enfrentamento da hipertensão. A transcendência nos revela as chances de sucesso de uma ação de saúde frente ao valor culturalmente atribuído pela população aos seus problemas de saúde.

• **Vulnerabilidade:** quanto um problema (doença) é sensível à tecnologia existente e disponível em um serviço de saúde. Exemplo, a poliomielite (paralisia infantil) é totalmente vulnerável à vacina, não representando mais um problema de saúde no Brasil. O diabetes requer dos serviços cuidado redobrado em função de sua baixa vulnerabilidade aos recursos tecnológicos existentes e disponíveis nos serviços de saúde.

• **Efeitos:** gravidade de um problema não resolvido para um número expressivo de pessoas atingidas e à decorrente sobrecarga para os serviços pelo aumento da demanda e dificuldade na ampliação das ações de atenção à saúde.

1.10.2 METODOLOGIA

Os aspectos devem permitir caracterizar a importância e a urgência das soluções para os problemas e definir as prioridades. A partir dessa caracterização:

- Definir os objetivos gerais e específicos do protocolo;

- Elaborar plano de ação correspondente aos objetivos, com o desenho das atividades – passos e caminhos a serem percorridos – necessárias ao enfrentamento do problema.

Dessa forma, um protocolo baseado em problemas será constituído de ações de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, organizando o processo de trabalho da equipe.

Para tanto, é necessário o estabelecimento de um processo contínuo de monitoramento e avaliação das ações e de seus resultados.

1.10.2.1 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO

Os **protocolos clínicos** tendem a seguir o modelo proposto pelas evidências científicas. Para sua elaboração, os profissionais deverão conhecer, com clareza, o que é protocolo baseado em evidências e como construí-lo, sendo importante saber como e onde encontrar a(s) evidência(s) por meio da análise de artigos científicos.

As evidências (prática em saúde baseada em evidências): informações da literatura geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão. As pesquisas clínicas podem ser primárias (por exemplo, estudos de acurácia,

ensaios clínicos aleatórios, estudos coortes) e as secundárias (por exemplo, revisões sistemáticas, estudos de análise econômica).

A experiência (prática em saúde baseada em vivências): informações geradas pelo contato direto e diário com os problemas dos usuários para o entendimento do contexto no qual os resultados das pesquisas podem ser aplicados e extrapolados. É a vivência que oferece o refinamento no processo de tomada de decisão.

Competência (prática em saúde baseada em competência): conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional de saúde possui para obter e interpretar as informações derivadas do problema apresentado pelo usuário (anamnese e exame físico), dos exames complementares, das evidências e das vivências. São também a capacidade de avaliar as circunstâncias (local de atendimento e gravidade da doença) na qual a decisão está sendo tomada.

Ética (prática em saúde baseada na ética): objetivo garantir que a relação entre o profissional de saúde e o indivíduo doente transcorra num clima de mútua cordialidade e respeito. Nessa relação, o indivíduo doente participa como agente ativo, ajudando no processo de tomada de decisão, e o profissional tem compromisso para com ele (levando em conta os princípios de autonomia, justiça e não maleficência).

A decisão clínica (juntando as peças do quebra-cabeça): associar os quatro componentes

– evidências, vivências, competência e ética – em benefício da saúde do ser humano é o alvo de toda a atenção do profissional de saúde. Cabe ao profissional de saúde coordenar a utilização dos quatro componentes no processo de tomada de decisão, interpretando, contextualizando e ajudando o indivíduo doente no que for necessário. A integração desses componentes no processo de tomada de decisão resulta em mais probabilidade de acerto. A expressão mais apropriada deveria ser **prática de saúde além das evidências**.

Para Schneid *et al.* (2003), o conteúdo dos protocolos deve ser escolhido a partir do conhecimento dos problemas prevalentes em uma sociedade, em conformidade com os critérios de magnitude (frequência), transcendência (gravidade) e vulnerabilidade (efetividade da intervenção).

Quanto aos objetivos, os protocolos clínicos buscam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado por meio de passos terapêuticos adequados, com emprego dos medicamentos disponíveis nas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados. Observando a prescrição médica, os protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz de medicamentos (PICON; BELTRAME, 2002).

Assim, antes de iniciar a elaboração do protocolo clínico, é necessário observar alguns aspectos preliminares, sugeridos a seguir:

- Definição do problema central do protocolo para o que é necessário que se passe por um processo de problematização com a busca de respostas às perguntas relevantes sobre o tema. Esse processo poderá resultar em aspectos facilitadores, elucidando várias dúvidas e mostrando caminhos possíveis para sua efetivação. Nesse momento é fundamental que se faça um preciso registro de todas as dúvidas.
- Constituição da equipe de autores e divisão de tarefas.
- Realização de pesquisa bibliográfica: para as referências de literatura, sugere-se também o acesso aos *sites* que possibilitam o conhecimento científico mais recente, bem como as evidências científicas necessárias à elaboração de protocolos.
- Identificação dos pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo.
- Informação sobre os níveis de evidência encontrados. Buscar as respostas e as críticas aos problemas e dúvidas registradas. Definição e divisão das tarefas (ações).
- Registro prospectivo das decisões que estão sendo tomadas e as referências em que se baseiam.
- Organização da proposta de ações e fluxos em algoritmos que poderão ser constantemente avaliados, consolidando um processo permanente de construção desses protocolos.
- Verificação da possibilidade de incluir dados epidemiológicos.
- Definição dos modelos propostos para o texto, o gráfico e a bibliografia, necessários à elaboração de protocolos.
- Encaminhar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para homologação.

1.10.2.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE PROTOCOLO

- Forma de Texto (observando os aspectos essenciais): introdução, justificativa, objetivos, condicionantes, determinantes, magnitude, transcendência, vulnerabilidade, efeitos, atividades, responsabilização.
- Forma de Quadros: descrever a sequência dos passos a serem seguidos, com as devidas recomendações aos profissionais.
- Forma de Fluxograma com Algoritmos: representação gráfica é a utilização em que podemos qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais.

Algoritmo: sequência finita de instruções bem definidas e não ambíguas cada uma das quais pode ser executada mecanicamente num período finito e com uma quantidade de esforço finita. Podem repetir passos (fazer interações) ou necessitar de decisões (tais como comparações ou lógica)

até que a tarefa seja completada. Um algoritmo corretamente executado não irá resolver um problema se estiver empregado incorretamente ou se não for apropriado ao problema.

Diferentes algoritmos podem realizar a mesma tarefa usando um conjunto diferenciado de instruções em mais ou menos tempo, espaço ou esforço do que outros. Um algoritmo tem cinco características importantes:

- Finitude: um algoritmo deve sempre terminar após um número finito de passos.
- Definição: cada passo de um algoritmo deve ser precisamente definido; as ações devem ser definidas rigorosamente e sem ambiguidades.
- Entradas: um algoritmo deve ter zero ou mais entradas, isto é: informações que são lhe fornecidas antes do algoritmo iniciar.
- Saídas: um algoritmo deve ter uma ou mais saídas, isto é: quantidades que têm relação específica com as entradas.
- Efetividade: um algoritmo deve ser efetivo. Isto significa que todas as operações devem ser suficientemente básicas de modo que possam ser em princípio, executadas com precisão em um tempo finito.
- Desta forma, em muitas situações, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo é recomendável à utilização de algoritmos.

Para seu emprego, é fundamental o conhecimento dos símbolos e seus significados para a correta elaboração dos fluxogramas que acompanham e explicam o "acontecer" de protocolos no interior das redes de saúde.

Símbolos padrões e definições para os algoritmos:

- **Oval:** cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de "quadro clínico".
- **Círculo grande ou figura oval:** usado como "saída", ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento.
- **Hexagonal/losango:** as decisões clínicas mais importantes são representadas pelos hexágonos ou losangos, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão.
- **Retângulos:** grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas; são representadas pelos retângulos.
- **Círculos pequenos:** uma ligação com outra parte da diretriz clínica. Isto elimina a seta que iria

para trás ou um entrecruzamento.

- **Flechas:** conectam os símbolos uma única flecha deixa um oval ou entra num hexágono ou retângulo. Duas setas deixam um hexágono (ponto de decisão): uma seta indo para a direita, habitualmente indicando uma resposta "sim", e indo para baixo, habitualmente indicando uma resposta "não".

No **PG - Elaboração de Protocolos Clínicos** encontram-se exemplos de algoritmos aplicados para algumas patologias.

1.10.2.3 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE SEGURANÇA

Na elaboração de Protocolos de Segurança, é necessário estar atento às especificidades profissionais e às interfaces dos vários componentes da equipe, que são aspectos importantes no processo de trabalho e, por isso, deverão ser contempladas.

Consideramos que o Protocolo de Segurança é dinâmico, flexível e, por isso, deve ser construído coletivamente e pactuado com os diversos profissionais e colaboradores da organização, bem como dos demais níveis de atenção.

É importante que, no processo de elaboração de um Protocolo de Segurança, tomemos como referência as normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos institucionais, do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde. Nesse processo, é fundamental que esses protocolos sejam aplicáveis às realidades locais para que produzam impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe.

No Protocolo de Segurança além de seus elementos próprios (relativos à organização das ações interdisciplinares, intersetoriais, ao processo de trabalho da equipe, dos fluxos de referência e contrarreferência), pode apresentar também, para o enfrentamento dos aspectos relativos aos cuidados clínicos, os elementos constitutivos de um Protocolo Clínico.

Uma vez que um protocolo de cuidado – seja ele clínico, assistencial ou misto – significa uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja modificar, é fundamental que seja feito o registro dos indicadores relativos ao (s) problema (s) que caracterizam a situação a ser superada.

Este registro serve de base tanto para melhor definição dos objetivos, quanto para que sejam estipuladas as metas possíveis necessárias à superação do (s) problema (s).

1º Passo – Orientações para elaboração de um Protocolo de Segurança. 1º Passo: Diagnóstico, indicadores, objetivos e aprovação.

- Realizar o diagnóstico conjuntural, estrutural e epidemiológico da saúde;
- Selecionar os indicadores importantes revelados por esse diagnóstico; definir os objetivos e as

metas a serem alcançadas com o emprego do protocolo;

- Fazer o levantamento e análise das diretrizes da instituição, do processo de trabalho, dos nós críticos, dos aspectos facilitadores, das parcerias, etc.;
- Buscar a construção de viabilidade do projeto junto ao gestor municipal, aos gerentes, às chefias, etc.;
- Formar o grupo de coordenação dos trabalhos;
- Definir a metodologia de trabalho, estratégias e prazos.

2º Passo – Elaboração do Protocolo de Segurança

Organizar o processo de estruturação do protocolo:

- Tomar por base a importância e a gravidade dos indicadores revelados pela situação inicial;
- Utilizar como referência, os objetivos e metas propostos para a superação da situação inicial;
- Referenciar-se nos manuais e normas técnicas institucionais, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde – necessário fazer o levantamento do referencial teórico;
- Envolver os diversos profissionais, por meio de um processo de construção coletiva, envolvendo os diversos profissionais;
- Elencar as diversas atividades possíveis no enfrentamento do problema, visando às metas estipuladas e definindo responsabilidades (quais profissionais as realizarão) e prazos para sua realização;
- Identificar, na redação da proposta, autores, instituição, caracterização do problema, plano de intervenção, novos indicadores;
- Formatar o protocolo, de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações, como, por exemplo: capa, ficha técnica, apresentação, sumário, introdução (com justificativa, aspectos legais, objetivos e metodologia utilizada), conteúdo com o referencial técnico- científico (de preferência por áreas), referências e anexos;
- Apresentar o protocolo, e pactuar com o conjunto dos trabalhadores da(s) unidade(s) de saúde, visto que o trabalho em saúde requer ação interdisciplinar, compondo o trabalho em equipe em benefício de uma assistência integral ao usuário;
- Propor ações intersetoriais e demais parcerias que se fizerem necessárias;
- Submeter protocolo à apreciação, para aprovação, do Núcleo de Qualidade e Segurança do

Paciente.

NOTAS:

- É importante ressaltar que, para a implantação de um **Protocolo**, é preciso que seja verificada a necessidade de capacitação da equipe/profissionais, para que as ações do protocolo sejam executadas com segurança e responsabilidade.
- O protocolo é um instrumento que tem validade transitória, devendo ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas, capacidade operacional e perfil epidemiológico.

Riscos e limites no emprego dos protocolos

Quanta adequação e abrangência, os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre representam uma alternativa para o enfrentamento de situações imprevistas, e as adaptações de protocolos internacionais, nem sempre são apropriados ou adaptados para as nossas realidades.

Quando bem indicados e adequados, tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais, porém há um risco de que eles se tornem "o único caminho", "a única solução" e fiquem por períodos muito longos sem avaliação e atualização ou gerar um clima de acomodação dos profissionais em relação à renovação do conhecimento, às possíveis reposições tecnológicas, às avaliações da prática cotidiana, levando a uma apatia nociva no processo de trabalho pela repetição do trabalho.

Outro aspecto refere-se aos recursos envolvidos tornando fundamental que se façam estudos de tempos, insumos, número de profissionais envolvidos e custos, avaliando a relação custo-benefício para evitar gastos desnecessários.

1.10.3 PLANO TERAPÊUTICO

É o conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base na condição clínica do paciente, que visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento, e que deverão ser executadas durante todo ciclo da assistência.

As ações deverão ser planejadas de acordo com o perfil do paciente e da unidade assistencial, portanto pode se partir de um modelo, porém com as adequações necessárias para o desenvolvimento.

a) OBJETIVOS DO PLANO TERAPÊUTICO:

- Controle de quadro agudo;

- Controle de riscos;
- Remissão ou redução de sintomas;
- Preparação para a alta.

O Plano Terapêutico disciplina as seguintes áreas:

- Medicina (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Anestesiologia, Terapias Intensiva, Pediatria, outras)

- Define os riscos e comorbidades;
- Prevê tempo de internação;
- Visa à análise de aspectos clínicos que possam interferir no processo terapêutico;
- Minimiza a necessidade de o paciente sair da para avaliações externas;
- Monitora todas as ações da equipe multiprofissional.

b) Medicina (Psiquiatria):

- Avalia os riscos do paciente, eliminando causas orgânicas;
- Estabelece uma sequência adequada de tratamento, voltada à prevenção do reaparecimento da doença ou a minimização do quadro do paciente;
- Encaminha para tratamento pós-alta.

c) Enfermagem:

- Incentiva o paciente a praticar o autocuidado;
- Realiza o plano de cuidados;
- Presta trabalho de prevenção à integridade física e mental do paciente.
-

d) Farmácia:

- Promove o uso racional de medicamentos, atentando para a obtenção do efeito terapêutico adequado;
- Presta orientação sobre o uso correto dos medicamentos.
- Realiza a reconciliação medicamentosa, garantido a continuidade dos tratamentos pré-existentes.

e) Nutrição e Dietética:

- Realiza avaliação nutricional dos pacientes;
- Presta orientação nutricional pós-alta aos pacientes.

f) Fisioterapia:

- Realiza avaliação dos pacientes;
- Define os riscos;
- Presta orientação na alta aos pacientes e familiares;

g) Psicologia:

- Realiza psicoterapia individual e em grupo;
- Orienta, na alta, quanto à importância da continuidade do tratamento iniciado no hospital.

h) Serviço Social:

- Identifica os fenômenos socioculturais, econômicos e familiares que possam interferir no processo terapêutico do paciente;
- Acessa a rede de serviços externos necessários ao tratamento do paciente, durante a internação e após a alta.

i) Educação Física:

- Estimula a diminuição da ociosidade e do sedentarismo;
- Busca melhorar a autoestima e facilitar a socialização entre os pacientes.

j) Terapia Ocupacional:

- Estimula o potencial saudável do paciente;
- Promove novas vivências e experiências;
- Possibilita a superação de dificuldades e desafios;
- Favorece a percepção de comportamentos, atitudes e hábitos, para desenvolver a iniciativa, a autonomia e ampliar a integração social.

1.10.4 PLANO DE ALTA MULTIPROFISSIONAL

A alta planejada multidisciplinar é uma ferramenta que garante a continuidade do cuidado pós-hospitalização, e deve envolver todos os profissionais que atuam diretamente com o paciente.

a) OBJETIVO

Sistematizar a orientação para alta realizada pela equipe multidisciplinar aos pacientes internados, a partir do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada.

b) ATIVIDADES

Assim que o paciente é internado, a equipe médica e multidisciplinar começa a elaborar o plano de alta contendo o diagnóstico do paciente, seu plano terapêutico e período necessário e previsto de internação.

O plano de alta hospitalar do paciente é discutido e reavaliado, caso necessário, nas reuniões diárias pela equipe clínica e decidida em conjunto pela equipe médica e multidisciplinar.

A família participa ativamente neste processo.

O paciente/familiar receberá ao final de seu período de internação o seu plano de alta, elaborado por todos os profissionais da equipe assistencial, contendo um histórico do tratamento realizado e a necessidade ou não da continuidade do tratamento.

Caso o paciente tenha um médico de referência externo, este será comunicado da alta do paciente, evolução clínica do tratamento e conduta/segmento indicado pela equipe multidisciplinar.

Uma cópia deste material será encaminhada ao seu médico habitual, quando for o caso.

c) RESULTADO ESPERADO

Melhora na comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, evitando repetições de informações, esclarecimento das dúvidas tanto dos pacientes quanto dos familiares, evitando as reinternações desnecessárias, e dando continuidade ao tratamento adequado segundo as orientações recebidas durante a internação.

d) INDICADORES DE RESULTADOS CLÍNICOS

Medidas que mostram volume ou percentagem de determinado procedimento, que ajudarão na busca constante pela excelência na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

Deverão ser aplicados sistematicamente nos protocolos clínicos ou assistenciais gerenciados a fim de monitorar, continuamente, dados sobre a qualidade da assistência prestada aos pacientes que internam ou são atendidos nas organizações de saúde gerenciadas pela BHCL.

Esses indicadores devem revelar aspectos inerentes:

- Ao quadro epidemiológico: riscos, danos, gravidade e distribuição das doenças;
- Às situações relativas à estruturação dos serviços: rotinas com recursos materiais, fluxos internos e externos, capacitações, etc.
- À gestão do modelo de atenção: organização da rede de serviços, acesso, relações com a comunidade, trabalhos junto aos usuários, impacto, financiamento, etc.;
- Ao processo de trabalho existente em uma unidade de saúde: planejamento, compromisso dos profissionais, participação, etc.

Em consequência, novos indicadores devem ser propostos para que funcionem tanto como balizadores no estabelecimento de metas quanto como referência no processo posterior de avaliação da efetividade dos protocolos como estratégia de enfrentamento da situação inicial.

Quando a equipe responsável pela elaboração de um protocolo finalizar sua tarefa, é importante que este seja apresentado para discussão e aprovação pelo Núcleo de Qualidade e

Segurança do Paciente e, posteriormente, para ser oficializado pelo gestor nas esferas aplicáveis através de documentos controlados ou equivalentes. E, ainda, que os profissionais passem por processos de capacitação para desenvolverem as ações pactuadas.

Para a elaboração de protocolos, é importante observar as recomendações e passos que estão relacionados no **PG - Elaboração de Protocolos Clínicos** e **Elaboração de protocolos de Segurança do Paciente** aplicados a cada problema identificado.

1.10.5 GERENCIAMENTO DOS PROTOCOLOS

Protocolos Gerenciados: são diretrizes assistenciais que monitoram continuamente indicadores para garantir uma prática clínica com qualidade e segurança ao paciente.

A elaboração dos protocolos gerenciados deverá seguir as instruções contidas nas PG de Elaboração de Protocolos Clínicos e PG de Elaboração de Protocolos de Segurança, onde serão definidos os marcadores que serão continuamente monitorados.

Os indicadores de monitoramento deverão obedecer às normas de elaboração contidas no Manual de Indicadores de Processo.

NOTA:

Para que os resultados obtidos sejam efetivos, eficazes e eficientes é importante que seja aprovada pelas lideranças das áreas envolvidas e das partes interessadas, a relação dos protocolos a serem gerenciados, tornando possível o monitoramento destes resultados, através de recursos e infraestruturas necessárias para execução das atividades.

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente torna-se obrigatório a implantação de diretrizes e normatizações que controlem os riscos relacionados ao atendimento prestado aos usuários/pacientes.

Em anexo seguem as diretrizes institucionais que deverão ser **obrigatoriamente** implementadas e monitoradas sistematicamente por todos os serviços gerenciados pela BHCL.

1.10.6 GERENCIAMENTO DOS RISCOS

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.

O processo de gestão de riscos pode aplicar-se a qualquer situação que possa gerar consequência ou um resultado não mapeado ou não esperado; e é parte integrante de toda boa gestão (Feldman, 2009).

A implantação de um programa de gerenciamento do risco prevê a aplicação de um processo lógico e sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do evento na assistência, tratamento com implantação de medidas seguras e a comunicação dos riscos de maneira a possibilitar que a organização diminua a ocorrência de efeitos indesejáveis.

1.10.6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

Risco clínico: risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência ou deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Exemplos:

- Risco de cirurgia não segura;
- Risco de identificação incorreta do paciente;
- Falha na segurança medicamentosa;
- Risco de aquisição de infecção;
- Risco de queda.

Riscos não clínicos: àqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos pacientes. Inclui aqui também os riscos gerados por quebra nas condições adequadas de trabalho. Exemplos:

- Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeito no equipamento, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias, falta de manutenção preventiva.
- Riscos relativos à segurança predial: laudo de para raio, manutenção de elevadores, manutenção do sistema de ar-condicionado, segurança dos vasos de pressão - autoclave, caldeira, sistema de vapor, gases medicinais, vácuo, ar comprimido, proteção radiológica, condições da água e sistema de aterramento.
- Riscos relativos à segurança ocupacional: situação vacinal, exames periódicos, risco de incêndio e acidentes ocupacionais.

a) Metodologia de Gerenciamento de Riscos – **PG.SEDE.NQSP.001** - **Gerenciamento de Riscos**

1.11 DOCUMENTOS RELACIONADOS

PG - Elaboração de Protocolos Clínicos

PG - Elaboração de Protocolos de Segurança do Paciente Protocolos de Segurança Ministério da Saúde

a) Cirurgia Segura

b) Segurança na comunicação entre os profissionais de saúde
c) Identificação do Paciente
d) Higienização das mãos
e) Prevenção de quedas
f) Prevenção de úlcera por pressão
g) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
FORM - Alta hospitalar
FORM - Plano terapêutico multiprofissional

2.2.2. Descrição Geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis Estadual da Região

O Decreto 7.5083, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei n.º 8.080/1990, estabelece como um dos dispositivos organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Ela divide a Atenção Especializada em três subcomponentes: Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia Especializada e Atenção Hospitalar.

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) pode ser compreendida como um conjunto de ações e serviços de saúde caracterizada pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar.

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde têm preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no SUS. E, ainda, qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase na mudança de hábitos que afetam a saúde e a qualidade de vida da população.

O estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, implantou as Policlínicas estaduais, serviço foi definido como uma unidade ambulatorial de especialidades multiprofissionais, para cuidado em saúde de forma integrada, interdisciplinar e com estímulo ao autocuidado e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, com a atenção centrada no paciente.

O atendimento ambulatorial das policlínicas oferece especialidades médicas e multiprofissionais além da oferta de exames de apoio diagnóstico ampliando a resolubilidade das consultas. Oferece também a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, configurando-se

como espaços de cuidado especializado e de apoio à educação permanente, com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, possibilitando a oferta do cuidado integral.

Esse serviço visa fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorando o prognóstico, reduzindo os custos da assistência médica hospitalar, ampliando os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estão habilitadas. Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas UBS dos municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual (CRE), com dia e horário agendados.

O modelo de policlínicas estaduais em Goiás oferece um conjunto de ações e serviços de alta resolutividade para cada especialidade ofertada, conforme os processos clínicos ou problemas de saúde mais relevantes e/ou prevalentes em cada região.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é um Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade. O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais.

As Linhas de Cuidado irão abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação.

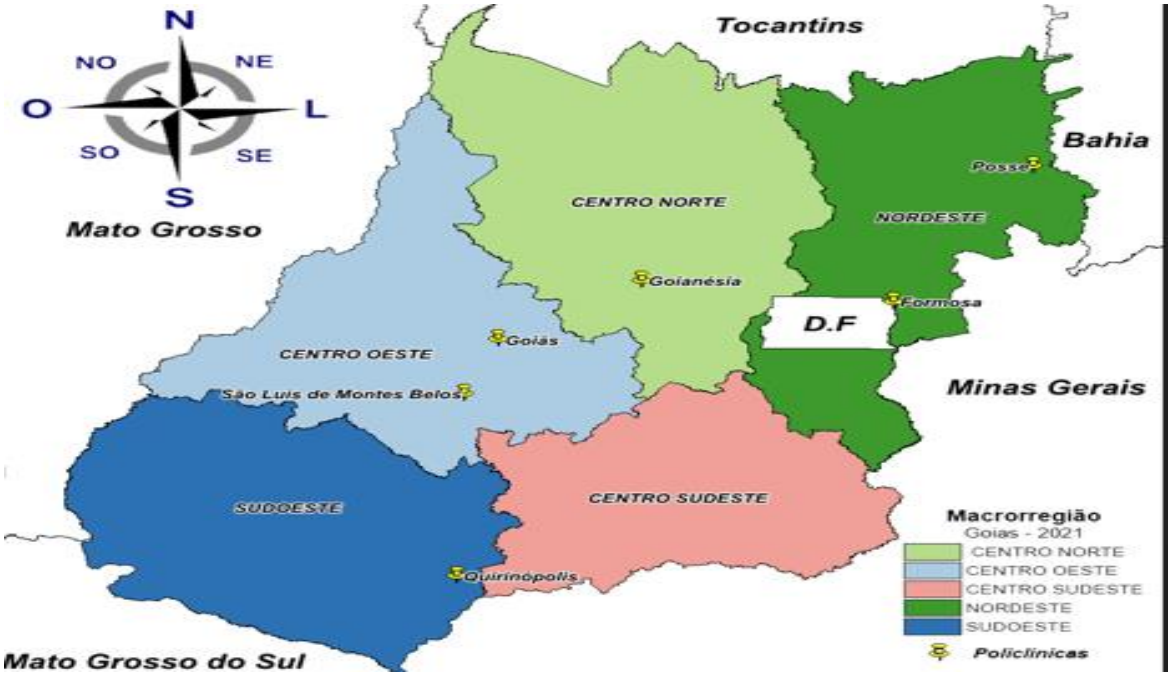
Desta forma a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".

Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médica especializada, que irão compor o quadro clínico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, deverão ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

O acolhimento do paciente deve ser efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos segmentos dos casos diagnosticados.

Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas.



A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, tem caráter regionalizado, definido após avaliação técnica da demanda por atendimento ambulatorial na rede pública de saúde, proporcionando, assim, maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento com atendimento de forma próxima e acessível ao cidadão, por meio de prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida, eficaz e precoce. Além de orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados da necessidade regional nos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, mas que não precisam de internação hospitalar ou atendimento de urgência.

Referência da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS: Macrorregião Sudoeste de Goiás, composta por 722.505 habitantes. A área de abrangência é composta por 02 (duas) regiões de saúde e 28 Municípios: Região de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2021), o município de Quirinópolis possui uma população de 51.323 habitantes, está inserido na Região Sudoeste I com 483.231 habitantes.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, aptos

a realizar procedimentos de média complexidade, através de serviços de atendimento médico especializado em consultas médicas, cirurgias ambulatoriais e serviço de apoio e diagnóstico.

Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebe os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual/SES/GO, com horário agendado. As vagas são disponibilizadas proporcionalmente ao número de habitantes de cada município que compõem a região de abrangência da Policlínica

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos configurados conforme as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária à saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

- Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde;
- Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica contratada com agilidade para recolher e processar os exames em tempo oportuno;
- A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;
- A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados de exames com maior brevidade possível, bem como disponibilizá-los em diferentes mídias (impresso, CD, pen drive ou outros formatos), mediante solicitação do usuário;
- Além de disponibilizar os resultados para o usuário, também deverão ser entregues para a SES (via integração), por meio de sistema informatizado.

Forma de Encaminhamento

Os agendamentos das solicitações dos serviços ambulatoriais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, se darão pela Regulação Estadual por meio de um sistema informatizado – "online".

A Unidade deverá proceder com a recepção dos agendamentos preferencialmente no dia do atendimento ou no máximo 24 (vinte e quatro) horas após.

Excepcionalmente, caso haja a necessidade de reagendar, a responsabilidade pelo remanejamento será da unidade, sendo que a recepção no sistema deverá ocorrer no dia do atendimento, ou até 24 (vinte e quatro) horas após.

Em casos de não atendimento de pacientes regulados conforme Carteira de Serviços Ambulatoriais da Policlínica, será comunicada formalmente via Sistema de Regulação, com a respectiva justificativa para o não atendimento.

Quanto à contrarreferência de pacientes, a unidade irá comunicar formalmente via Sistema de Regulação, anexando cópia do documento de contrarreferência.

Estrutura física

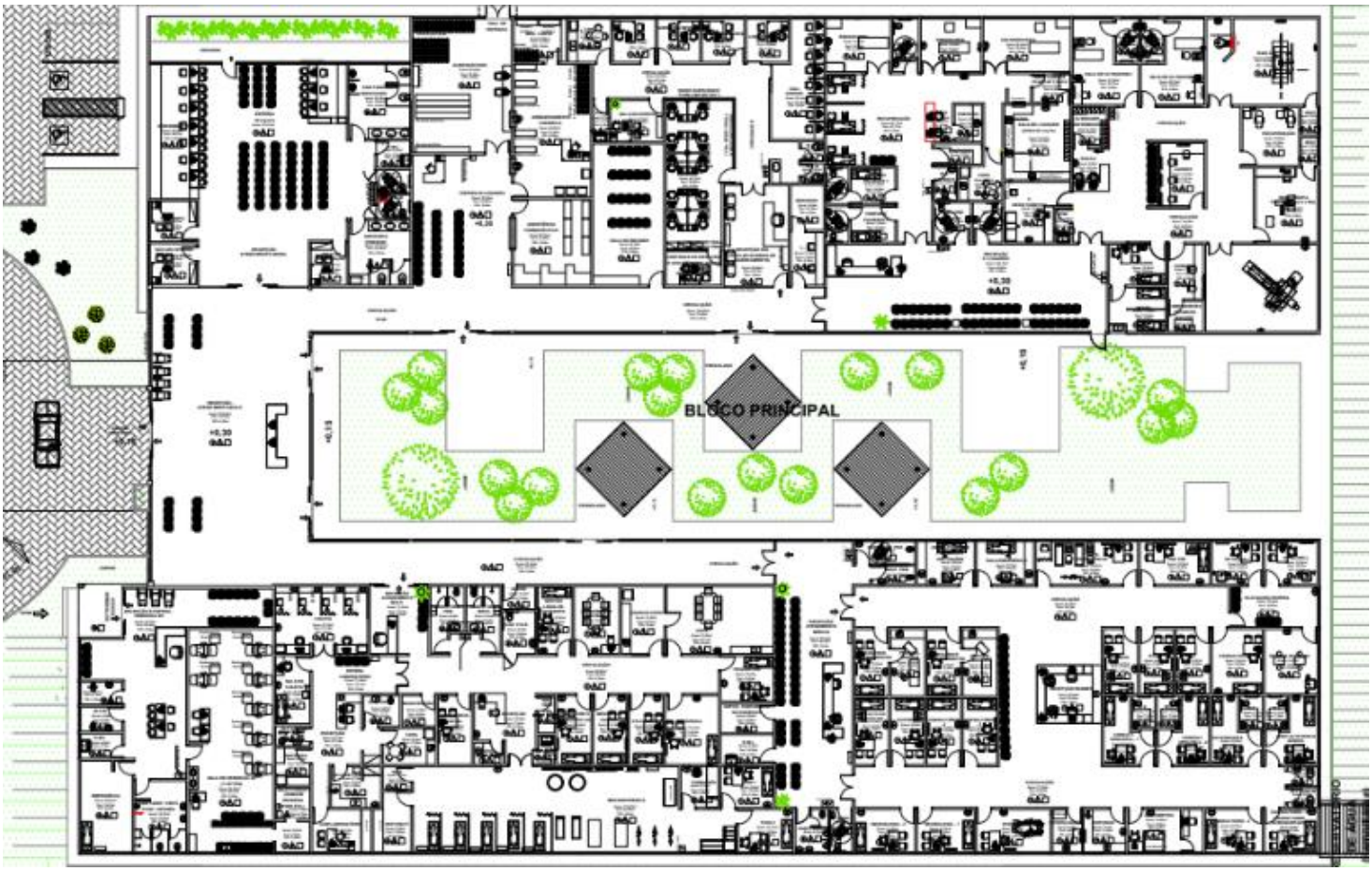
A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás e Funcionará de segunda a sextafeira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em apoio diagnóstico e orientação terapêutica.

Em caso de pactuação para a realização de hemodiálise ou atendimento dialítico, o horário de funcionamento poderá ser expandido em turnos e/ou dias da semana, de acordo com necessidade da região e autorização da SES-GO.

A Policlínica Estadual Da Região Sudoeste - Quirinópolis possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Atualmente, dispõe de recepções, salas de espera, consultórios, salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração e outros setores distribuídos da seguinte forma:

Quadro - Capacidade atual Instalada da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Descrição	Quantidade
Consultório médico	15
Consultório equipe Multidisciplinar	07
Sala de Pequenos procedimentos	01
Salas para exames	13
Posto de coleta	01
Laboratório	01
Central de Abastecimento Farmacêutico	01
Farmácia Ambulatorial para dispensação	01
Sala de Injetáveis	01
Sala de Cuidado Farmacêutico	01
Hemodiálise	07 cadeiras
Sala de gesso	01
Sala de fisioterapia	01
Sala de estabilização	03



Carteira de Serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Trata-se de uma relação de ações e serviços ofertados nas policlínicas, o objetivo da mesma é nortear as ações e serviços, com reconhecimento do processo de trabalho das equipes multiprofissionais, orientação das políticas de saúde nos níveis de atenção à saúde como forma de garantia da integralidade, da coordenação do cuidado e da ampliação de acesso.

O objetivo central da carteira de serviços é guiar os profissionais de saúde em relação aos serviços ofertados nas unidades ambulatoriais em caráter eletivo. Além disso, serve também para apresentar os critérios técnicos e indicações das condições crônicas para serem referenciadas à atenção secundária especializada.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que um conjunto de ações e serviços estruturados, organizados e com fluxos bem estabelecidos nos pontos de atenção das redes é fundamental para se obter ganho de eficiência, melhoria contínua do acesso e a definição de uma carteira de serviços que atenda às necessidades de saúde da população.

É uma ferramenta importante para a gestão do cuidado que será revisada de forma regular, desde que seja analisada pelas áreas técnicas da SES.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos.

A equipe médica e multiprofissional deverá realizar interconsultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através de discussões de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe. Esses profissionais deverão ter condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlocuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutiva.

Os serviços foram divididos e apresentados da seguinte forma: consultas especializadas dos profissionais médicos e da equipe Multidisciplinar, serviço de apoio diagnóstico, pequenos procedimentos cirúrgicos, serviço de terapia renal substitutiva, além de práticas integrativas, de acordo com a lista de ações e **serviços da carteira** abaixo:

1- Atendimento Ambulatorial

Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

Quadro - Especialidades Médicas e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidas no Ambulatório da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Especialidades Médicas	Faixa etária
Anestesiologia*	Todas as idades
Angiologia/Cirurgia Vascular	≥ 12 anos
Cardiologia	≥ 12 anos
Coloproctologia	≥ 12 anos
Clínico Geral – linha do cuidado**	todas as idades
Dermatologia	todas as idades
Endocrinologia	≥ 12 anos
Gastroenterologia	≥ 12 anos
Ginecologia	≥ 12 anos
Hematologia	≥ 12 anos
Infectologia	≥ 12 anos
Mastologia	≥ 12 anos
Nefrologia	Todas as idades
Neurologia	≥ 12 anos
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	≥ 10 anos
Oftalmologia	todas as idades
Ortopedia/Traumatologia	todas as idades
Otorrinolaringologia	todas as idades
Pediatria	≥ 29 dias a 12 anos
Pneumologia	≥ 12 anos
Psiquiatria	≥ 12 anos
Reumatologia	≥ 12 anos
Urologia	≥ 12 anos

Quadro - Categorias multiprofissionais mínimas para comporem as equipes da unidade

Profissionais mínimos integrantes da Equipe Multiprofissional
Assistente Social
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo

2 - Procedimentos ambulatoriais

São procedimentos ambulatoriais clínicos e/ou cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras

3- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

Quadro - SADT e respectivas faixas etárias de atendimento a serem oferecidos a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

SADT	Faixa etária
Análises Clínicas[1]	
Audiometria	
Cistoscopia	
Colonoscopia	
Colposcopia	
Densitometria Óssea	
Doppler Vascular	
Ecocardiografia	
Eletrocardiografia	
Eletroencefalografia	
Eletroneuromiografia	
Endoscopia	
Espirometria	
Exames Oftalmológicos[2]	Sem restrição de idade
Holter	
Mamografia[3]	
MAPA	
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama*	
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide*	
Punção aspirativa por agulha grossa*	
Radiologia	
Teste Ergométrico	
Tomografia	
Ultrassonografia[4]	
Urodinâmica	
Videolaringoscopia	

4 - Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas

As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria de Consolidação n o. 2/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e pela Portaria n o. 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas.

5 - Telessaúde

Telessaúde, que foi instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, é a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas.

6 - Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial

O serviço especializado do Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial constitui-se na oferta da assistência especializada no processo transexualizador para acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, bem como acompanhamento psicossocial com ênfase na saúde mental às pessoas transexuais e travestis realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta minimamente por:

I - a) Médico (clínico geral ou endocrinologista ou ginecologista e/ou urologista);

II - b) Médico psiquiatra;

III - c) Psicólogo;

IV - d) Enfermeiro;

VI - f) Embora não seja obrigatório, os profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos também poderão compor as equipes.

7 - Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)

O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença.

8 - Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Centro Especializado em Odontologia (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria n° 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária

9 - Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

A Terapia Renal Substitutiva na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico

10 - Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

Serão disponibilizados 3 (três) veículos automotores tipo VAN com no mínimo 15 lugares. Todos os veículos devem ser equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circularão pelas cidades da macrorregião Sudoeste e levarão os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota preestabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

11 - Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O serviço de dispensação de medicamentos do CEAF tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS a estes medicamentos e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013 e normatizações vigentes.

3. ÁREA DE ATIVIDADE: AVALIA AS AÇÕES PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

Compreende a organização das atividades individualizadas para o estabelecimento/unidade de saúde.

3.1 Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. A compreensão da relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Reitera-se a premissa crucial de garantir qualidade por meio da eficiência e eficácia dos processos, sejam eles assistenciais, administrativos, e/ou de apoio e logística, portanto, n Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**,** os fluxos serão descritos em documentos específicos, modelados em fluxogramas e publicizado em treinamentos internos para os profissionais envolvidos, com utilização do método prático/realístico. Para os pacientes, haverá o fortalecimento, atualização e incremento da sinalização visual, bem como ampliação por meio da sinalização tátil e sonora contemplando a aplicabilidade específica de identificação aérea, chão, paredes e portas.

Sabe-se que um fluxograma é a representação dos passos de um processo, sendo no início de uma avaliação, e proporciona um entendimento do processo para a equipe, ajuda a identificar os passos que causam repetição do trabalho ou ineficiência, e cria um ponto de partida para decidir sobre as ações que melhorarão o processo.

Propõe-se a implantação de fluxos segmentados em:

• fluxos operacionais, que contemplarão a circulação de usuários e profissionais em áreas de acesso comum: internas e externas, bem como as áreas restritas;

• fluxos documentais, que contemplarão a criação, registro e armazenamento de documentos dos pacientes e administrativos da Unidade; e

• fluxos unidirecionais previstos para Central de Material e Esterilização - CME e serviços de resíduos de saúde dentre outros.

A seguir, faz-se a apresentação detalhada referente a cada fluxo proposto.

3.1.1 Fluxos Operacionais compreendendo circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas externas e internas

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. Adaptar a relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Com base nas informações obtidas quanto a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, constantes do Chamamento Público Nº 09 - 2024- SES/GO e do conhecimento estrutural da Unidade, neste tópico, serão apresentadas as proposituras relacionadas aos fluxos necessários à composição da Unidade.

Tomando como referência as características estruturantes da Unidade e os serviços que serão ofertados, os acessos a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, estarão relacionados diretamente com a população usuária, profissionais, serviços e materiais, objetivando assegurar o acesso e evitar o trânsito indesejado em áreas restritas e/ou o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

Partindo-se do pressuposto de que os serviços ofertados na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, são desenvolvidos em diferentes ambientes que os constituem, têm-se configurado a distribuição espacial das unidades funcionais e, por conseguinte a determinação física de seus respectivos ambientes, individualizando as diversas posições relativas que ocupam na estrutura predial da Policlínica, sendo evidente a existência de diversas outras variantes e outros fatores que serão oportunamente considerados na eventual revisão e adequação do projeto de setorização da unidade, dentre eles, condições internas e externas, onde menciona-se: características do terreno (drenagem, topografia), ocupação das áreas vizinhas, trânsito de veículos e pessoas em torno do mesmo.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº50, as circulações internas e externas das unidades de assistência à saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), circulação e estacionamento, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT.

Deste modo é possível entender as áreas de circulação de unidades de saúde em 03 principais dimensionamentos:

A) Áreas restritas;

B) Áreas internas;

C) Áreas externas.

Ressalta-se o entendimento conceitual do que se trata cada uma:

A) Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimentos de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

B) Áreas internas: são os ambientes gerais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

Pacientes externos: O paciente externo é aquele cuja entrada se dá pela recepção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**.** Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda.

Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade de saúde, especialmente, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atua, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple toda a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

C) Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços prestados, bem como a população usuária que demanda uso do estacionamento na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. São eles:

a) paciente externo sendo transportado (paciente de hemodiálise), aquele que chega ou parte de automóvel, ônibus ou de ambulância;

b) profissionais: aqueles que atuam na unidade e contarão com vaga exclusiva.

c) entrega de insumos e materiais na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

d) remoção de resíduos.

Sobre os elementos "c" à "d" mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

Insumos e materiais: São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material utilizado em exames e procedimentos, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, verifica-se uma concentração maior desses insumos, fator que deve

sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à nutrição (Setor da Hemodiálise) e a Central de Material Esterilizado.

Remoção de resíduos e materiais contaminados: São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim, algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes)

Assim sendo, intitula-se os fluxos, para efeito didático, em duas grandes abordagens:

- **fluxos interfuncionais:** São aqueles que se desenvolvem entre diferentes unidades da Policlínica;

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

- **fluxos intrafuncionais:** São aqueles que que se sucedem no âmbito da mesma unidade.

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas.

A compreensão dos fluxos interfuncionais envolverá na implantação do fluxo operacional, sequenciada pela modelagem inicialmente proposta de cada fluxo.

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Assim, por exemplo, o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação às unidades de atendimento, como os consultórios, garantindo-lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível.

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos locais de procedimentos, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes locais.

Importante destacar a setorização, haja vista que eventuais mudanças poderão, eventualmente, ser contempladas na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis à partir de proposições junto à Secretaria de Estado de Saúde, de forma a otimizar o atendimento e prestá-lo ao usuário de forma eficiente e acolhedora.

3.1.1.1 Fluxos de Circulação em Áreas Restritas

a) Fluxo nas Áreas Internas Críticas

São aquelas onde apresentam alto risco de transmissão da doença. As áreas são a Central de Material e Esterilização (CME), Laboratório, Lavanderia (área suja).

b) Fluxo Operacional nas Áreas Internas Semi Críticas

São aquelas onde há risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas. Áreas como Ambulatórios (consultórios), sala de pequena cirurgia, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de exames, banheiros.

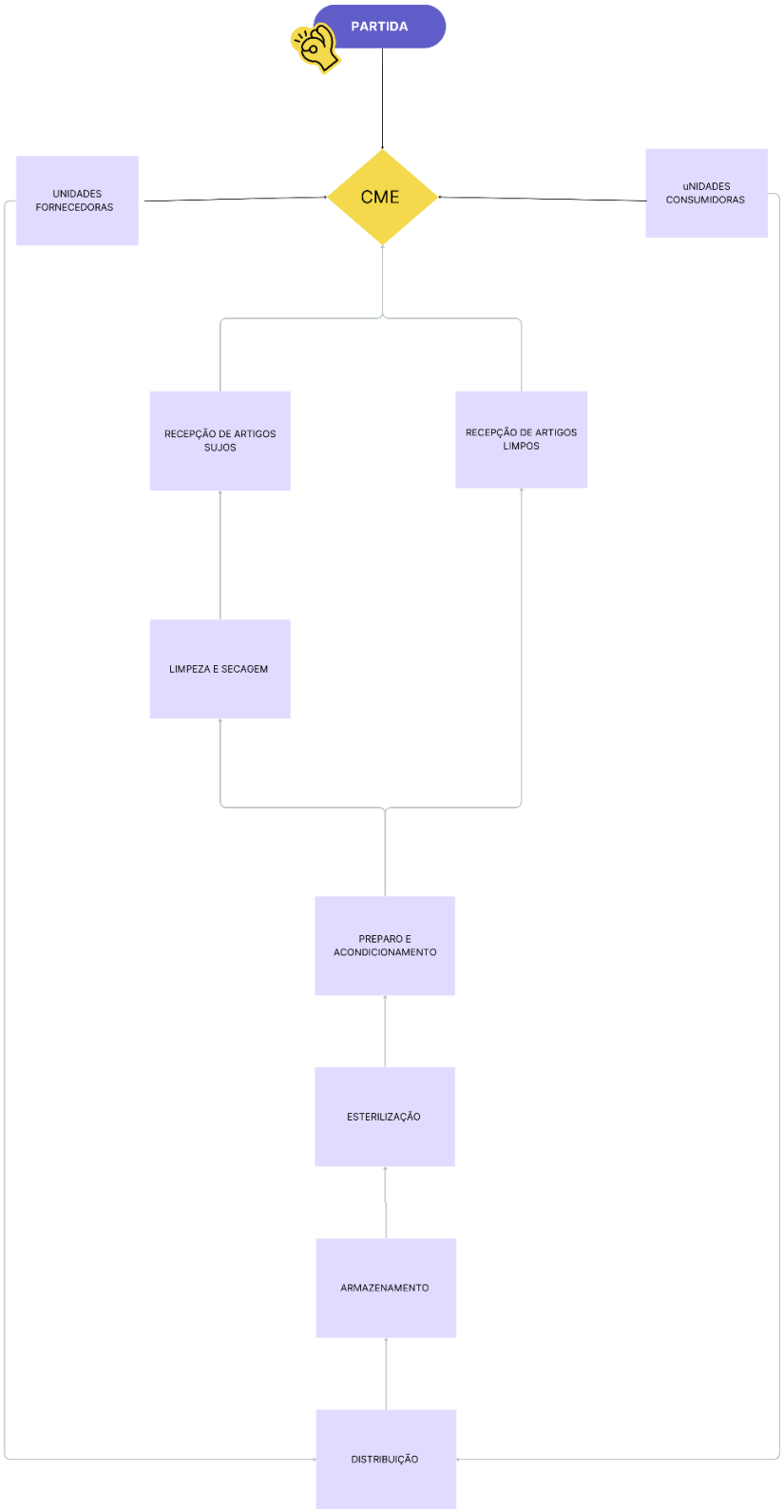
c) Fluxo nas Áreas Internas Não Críticas

As áreas onde não há risco de transmissão de infecção, geralmente compreende os setores administrativos, tais como Diretoria, Departamento Financeiro, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Departamento Pessoal, Recepções, serviços de apoio: Comissão de Prontuário, dentre outros.

Central de Materiais Esterilizados:

Por profissionais: Todos os profissionais deverão proceder com a troca de roupa no vestiário da unidade, seguir pelo corredor principal até às antecâmaras do CME para paramentação. Acessar o CME.

Fluxo de trabalho CME

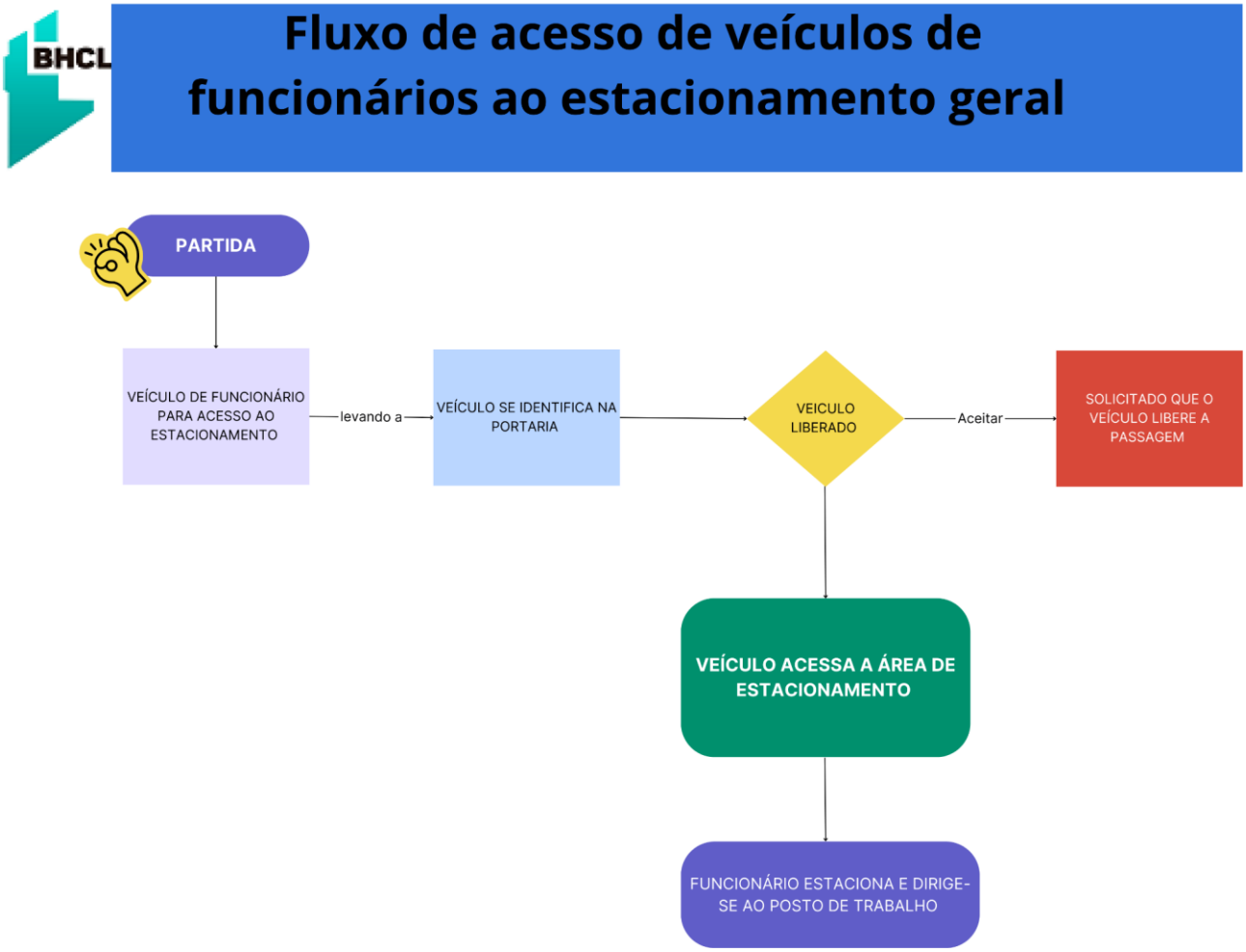


3.1.1.2 Fluxos de Circulação em Áreas Externa:

O fluxo de pessoas nas áreas externas da Unidade de Saúde será monitorado e orientado pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade.

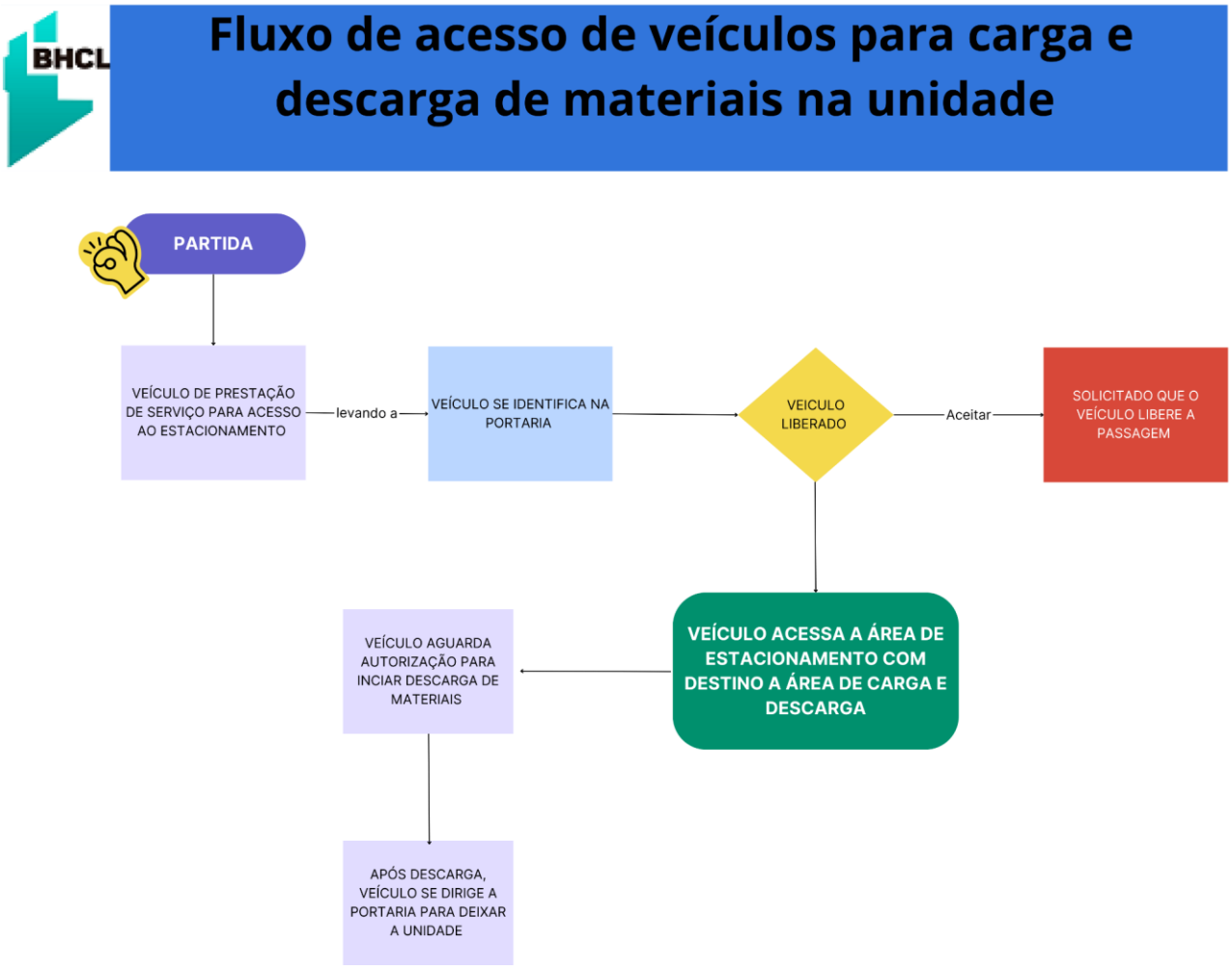
Acesso de veículos de funcionários ao estacionamento geral:

Local de acesso a todos os trabalhadores (celetistas e estatutários) da unidade. Todos os colaboradores acessam a portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborador utilizar outro meio de deslocamento, que não o carro próprio, após passar pela portaria e proceder com sua identificação deverá seguir até o vestiário geral.



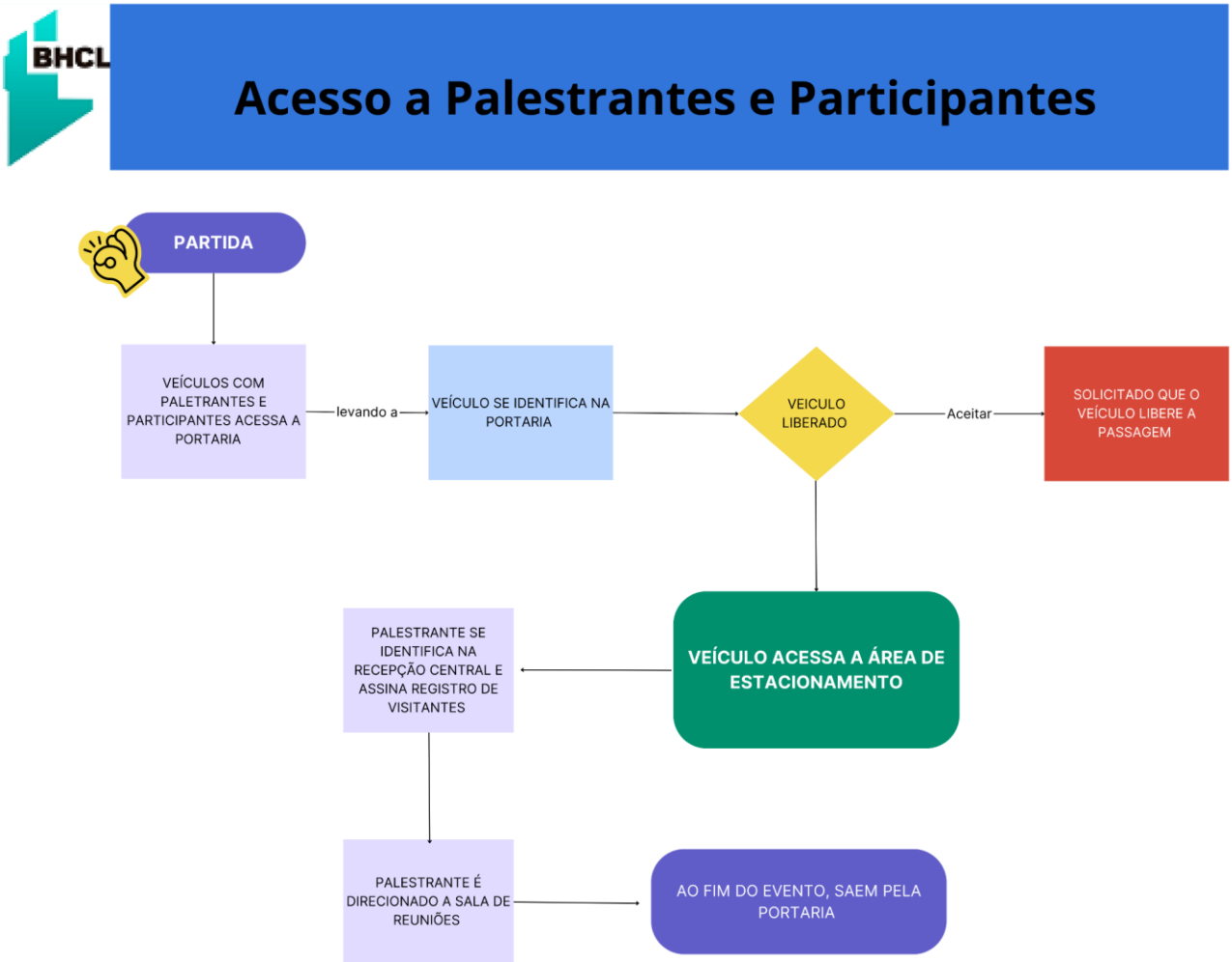
Acesso de fornecedores e comerciantes (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF):

Fornecedores e comerciantes acessam a portaria de serviços e se identificam. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



Acesso a Palestrantes e Participantes (sala de reunião/treinamento):

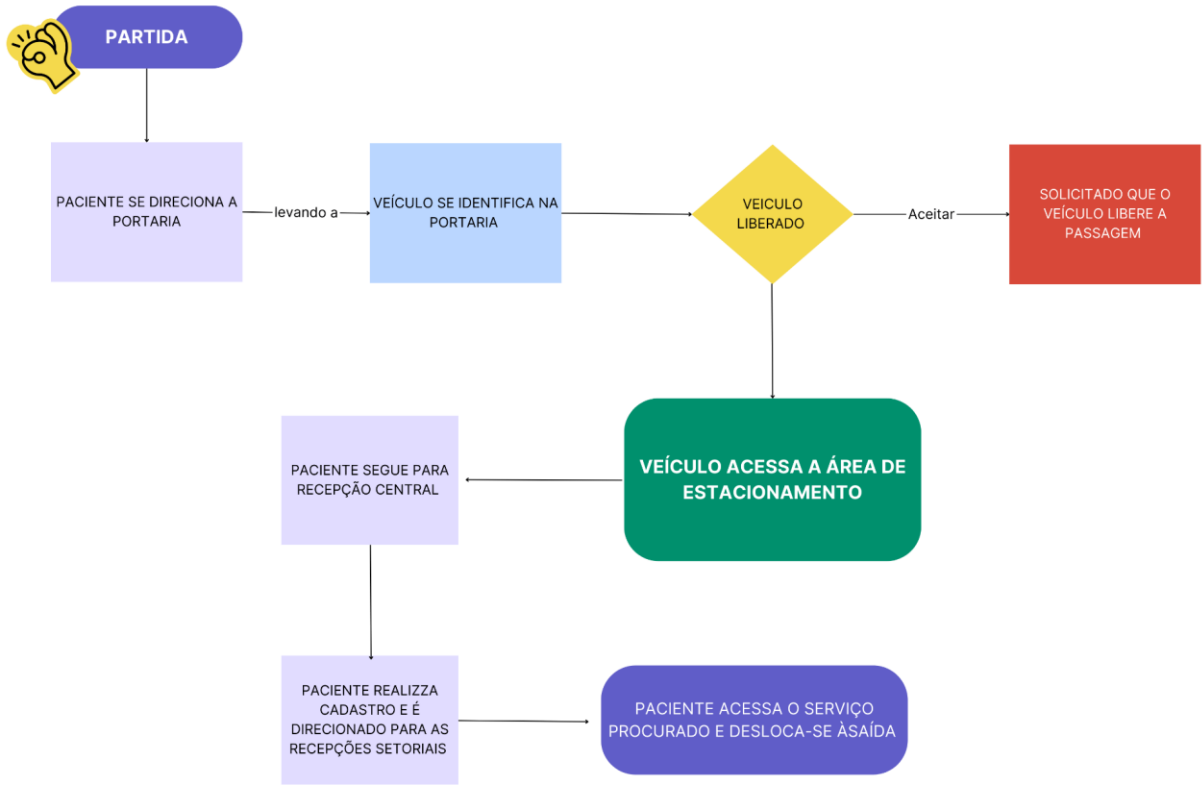
Palestrantes e participantes acessam a identifica-se, aguardo liberação, após ser liberado dirige-se ao estacionamento. Estaciona o veículo e caminha até a entrada na portaria. Após ser liberado, segue à esquerda até a sala de reunião.



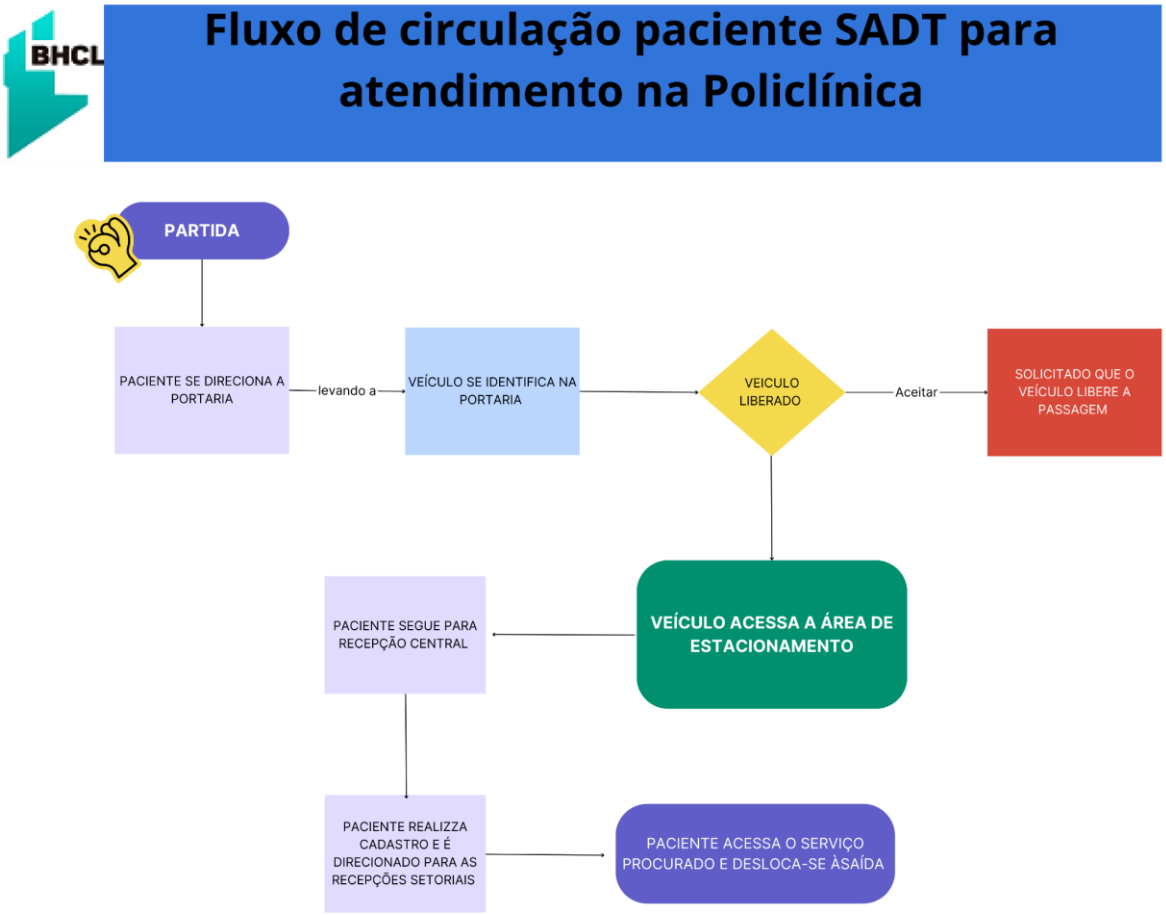
Acesso ao Atendimento Ambulatorial:

- **consultas e terapias (consultas e retornos):** Paciente acessa a portaria. Se identifica após liberação (caso em veículo próprio, se desloca ao estacionamento). Caminha até a recepção ambulatorial para cadastro. Retira sua senha e aguarda atendimento.

Fluxo de circulação pacientes consultas e terapias para atendimento na Policlínica.



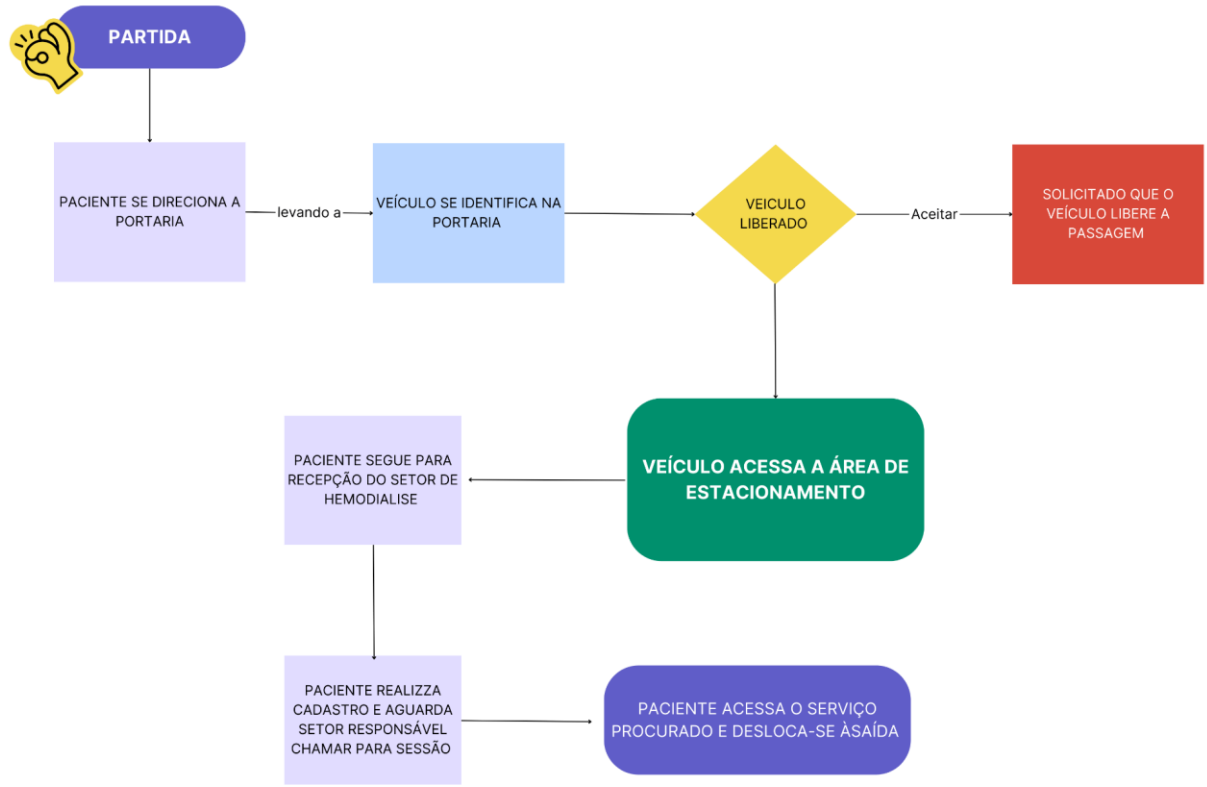
- **<u>Atendimento ao Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT):</u>** Paciente acessa a portaria para identificação, após ser liberado (se estiver em veículo próprio) se dirige ao estacionamento. Após caminhar até a recepção geral para cadastro, retira sua senha e aguarda atendimento.



-

- **<u>Atendimento ao Setor de Hemodiálise:</u>** Paciente acessa a portaria para identificação, após ser liberado (se estiver em veículo próprio) se dirige ao estacionamento, caso esteja em ambulância ou ônibus parar em local pré estabelecido para que o paciente possa adentrar de forma segura no setor de Hemodiálise da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Após caminhar até a recepção do setor para cadastro de necessário e aguarda o acolhimento da equipe e o preparo para o atendimento.

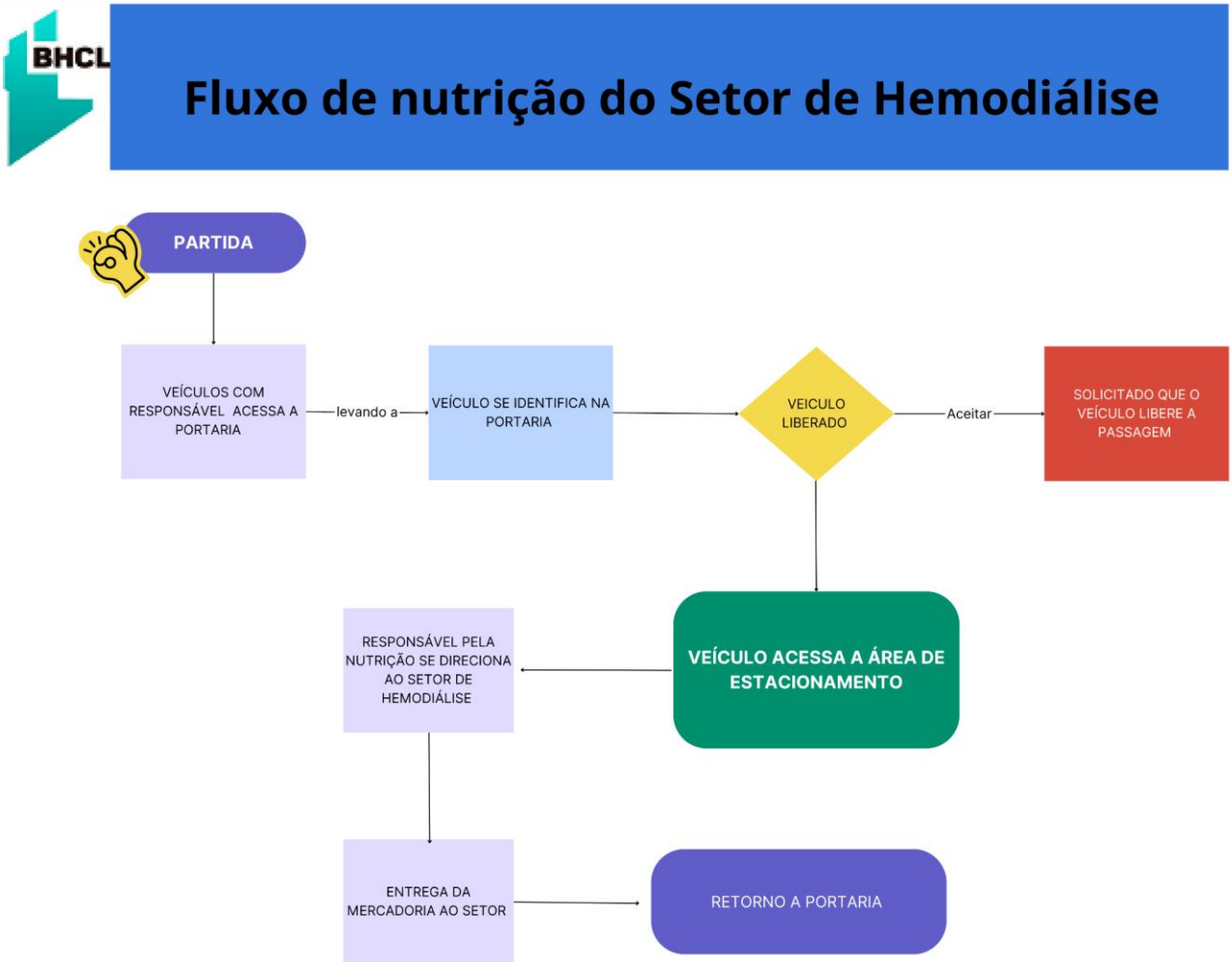
Fluxo de circulação paciente HEMODIÁLISE para atendimento na Policlínica



-

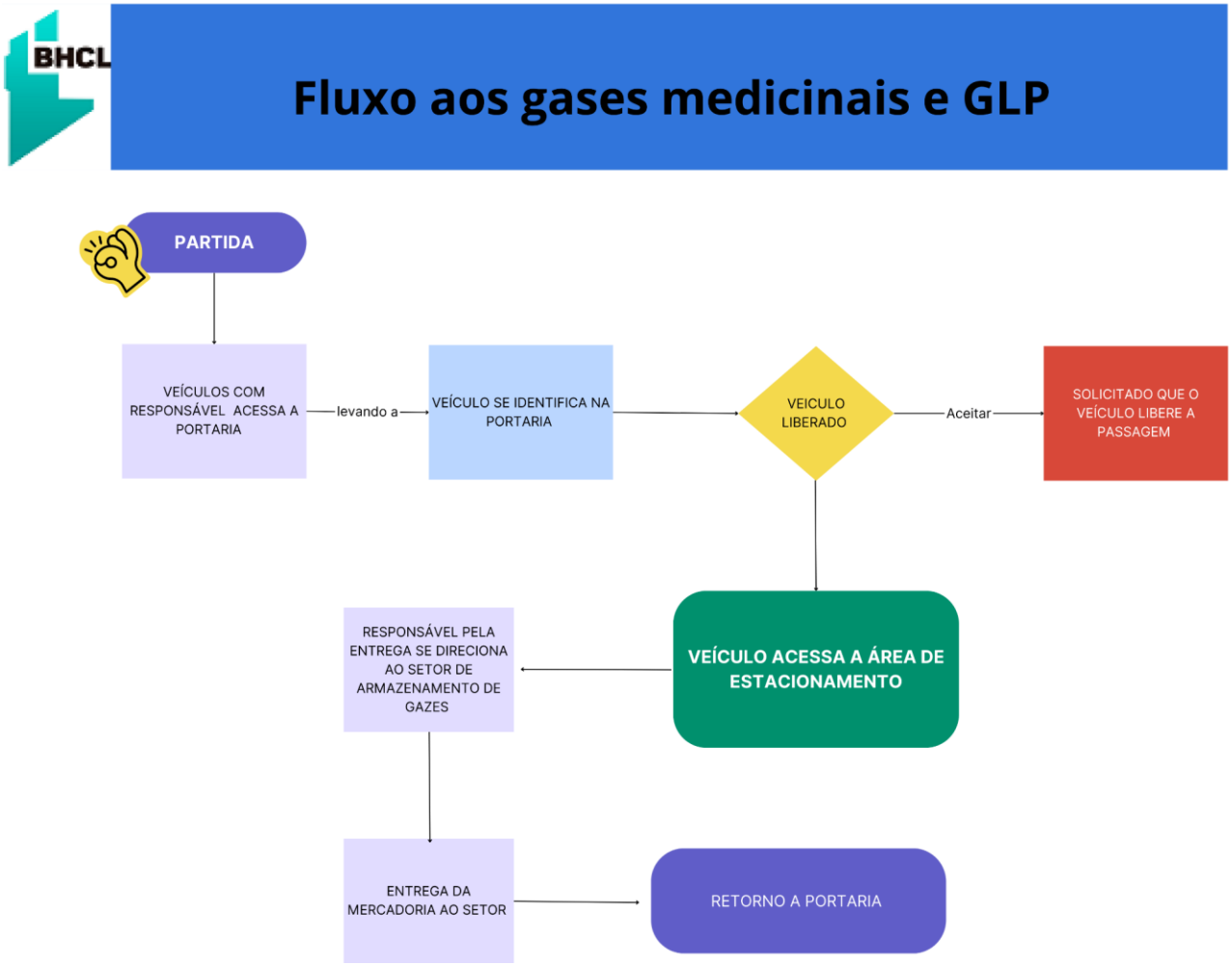
Acesso ao setor de nutrição do Setor de Hemodiálise:

Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue até o setor designado e aguarda autorização para entrega para a equipe . Após, sai pela mesma portaria que entrou.



Acesso aos gases medicinais e GLP:

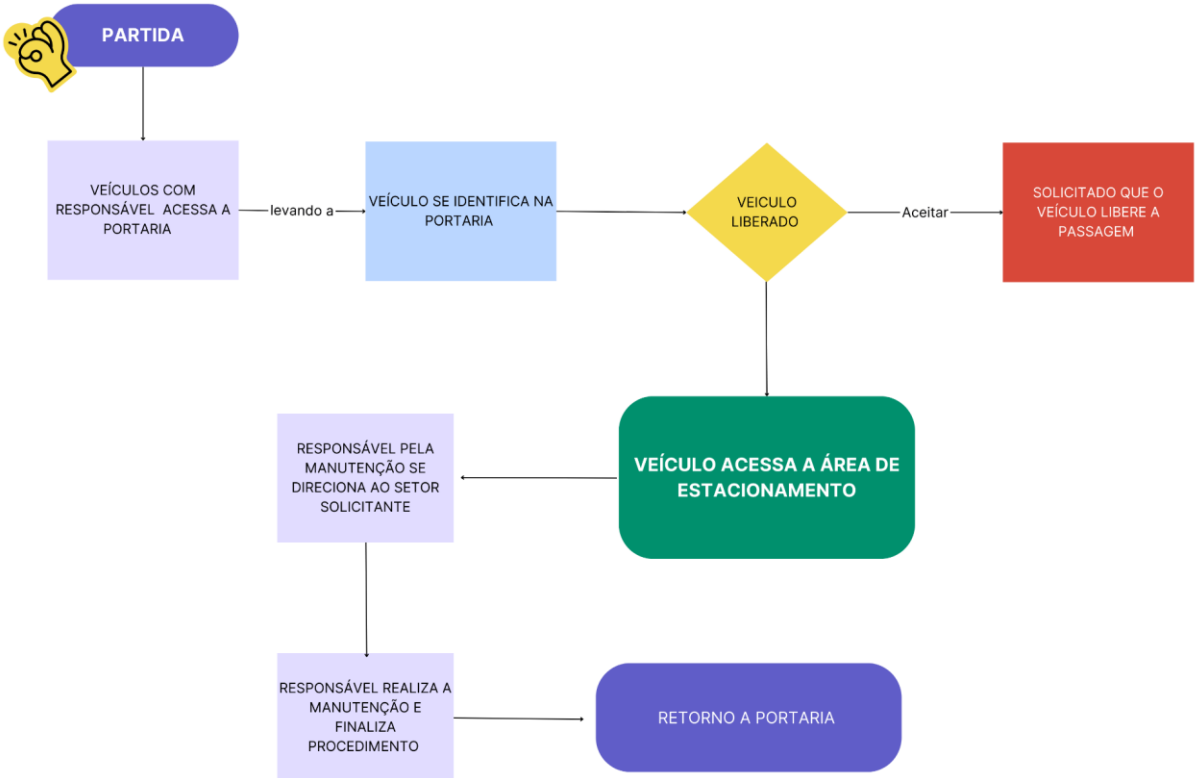
Fornecedores acessam a portaria e se identifica. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento na mesma via. Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.



Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada:

Fornecedores acessam a portaria e se identificam, após liberação seguem pela mesma via até a área de espera e aguardam autorização para acesso na Policlínica, após retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.

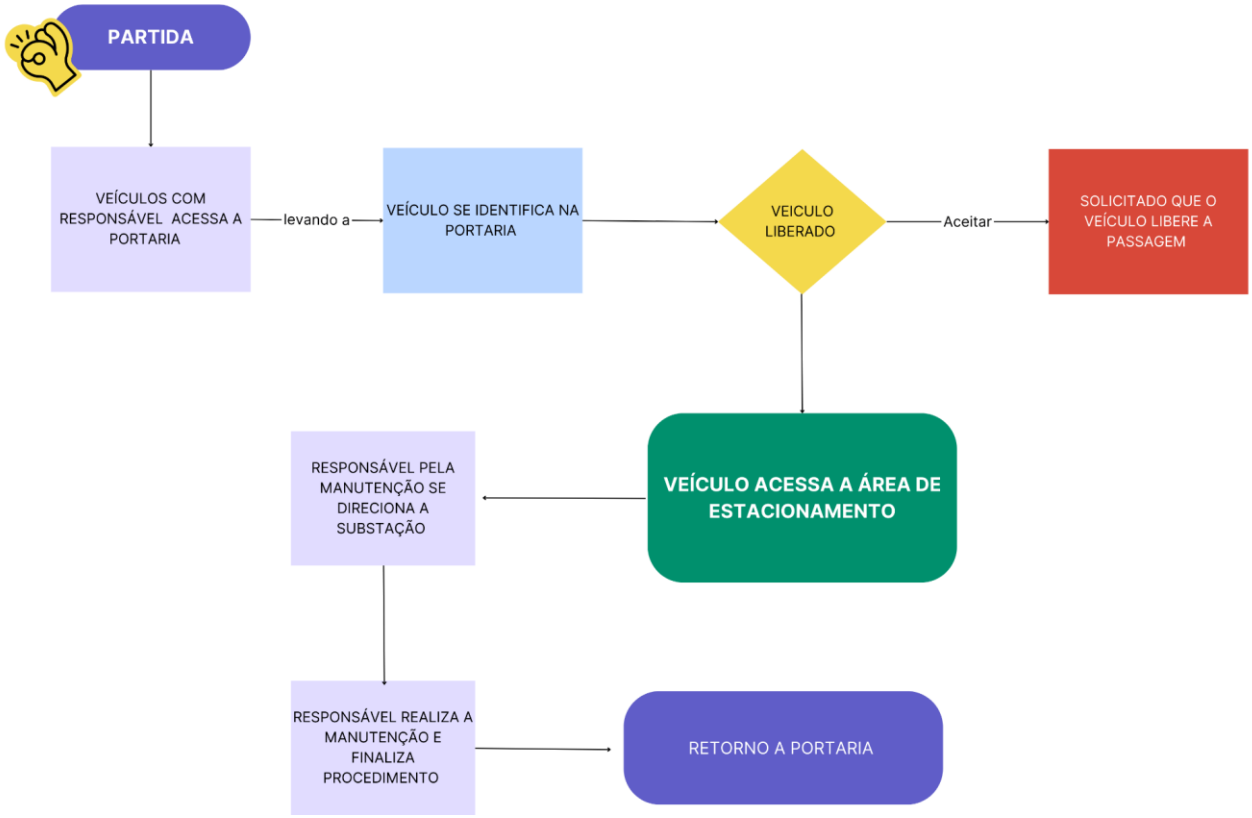
Fluxo para prestação de serviços de manutenção terceirizada



Acesso ao grupo gerador e subestação de energia:

Equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via até a área de manobra e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via até a portaria.

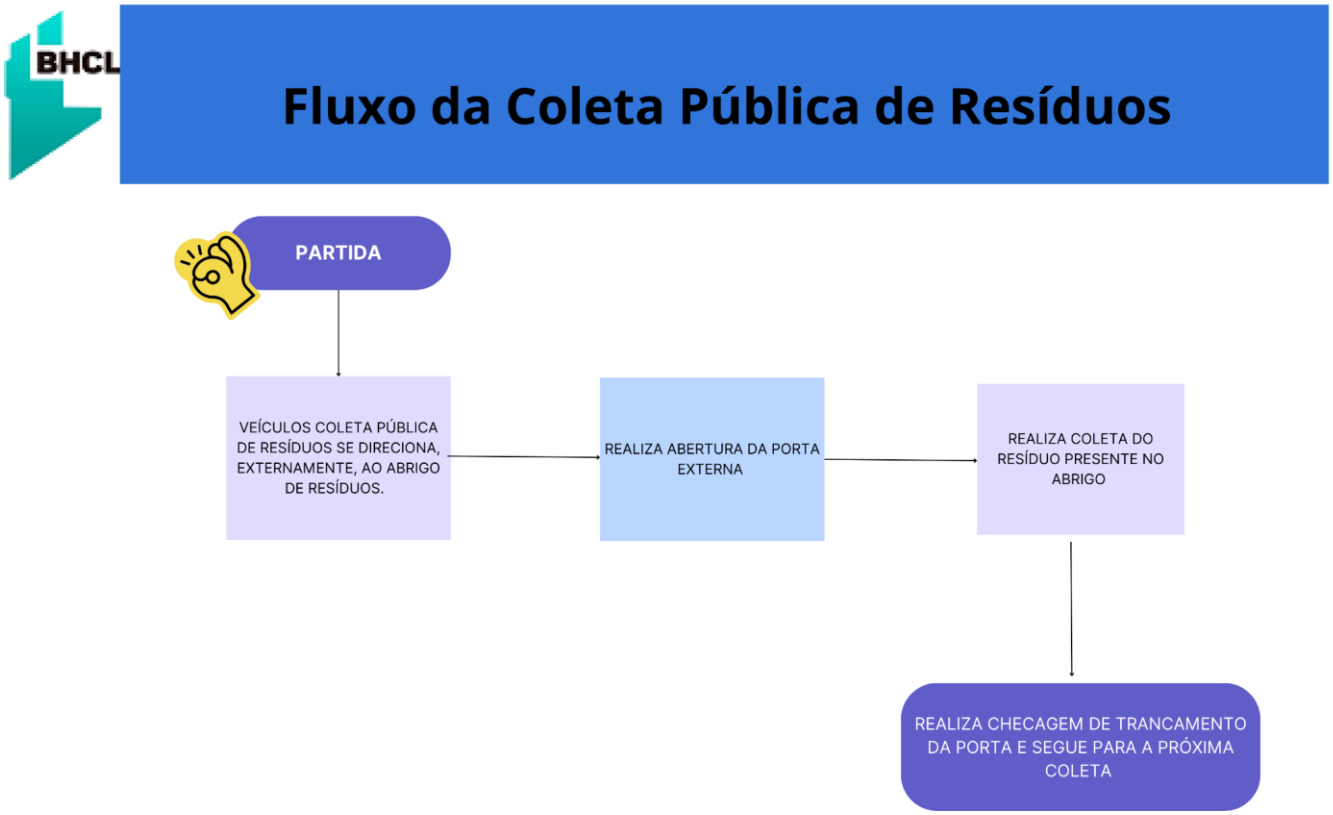
Fluxo de acesso ao grupo gerador e subestação de energia



FLUXO DE RESÍDUOS (ACESSO LIVRE):

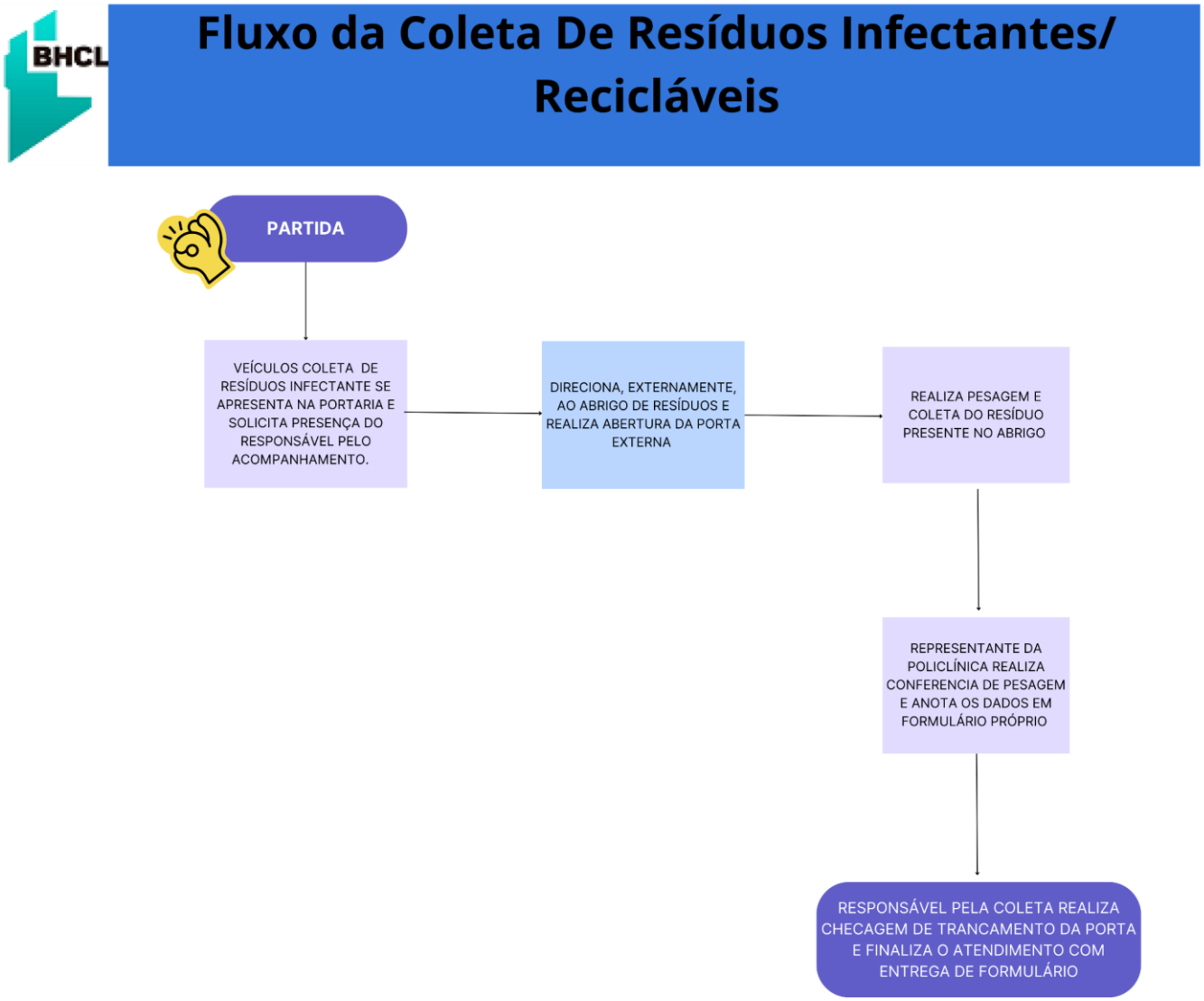
Coleta Pública de resíduos:

Veículo da coleta pública acessa o abrigo, e realiza a coleta.



Coleta Seletiva de resíduos:

Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo, se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.

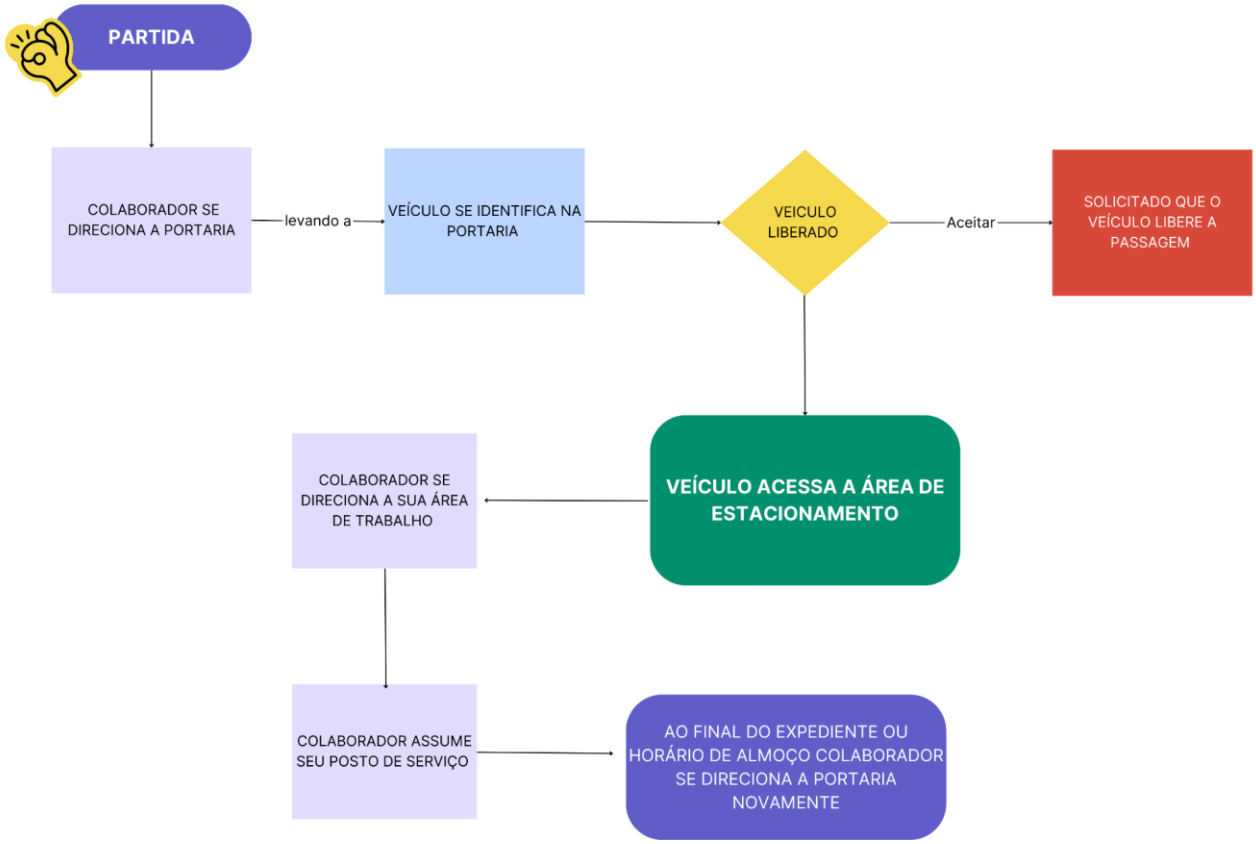


3.1.1.3 Fluxos de Circulação Áreas Internas

Acesso dos Colaboradores administrativos:

Após o registro do ponto, eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção, viram à direita, pegam o corredor e acessam seus postos de trabalho.

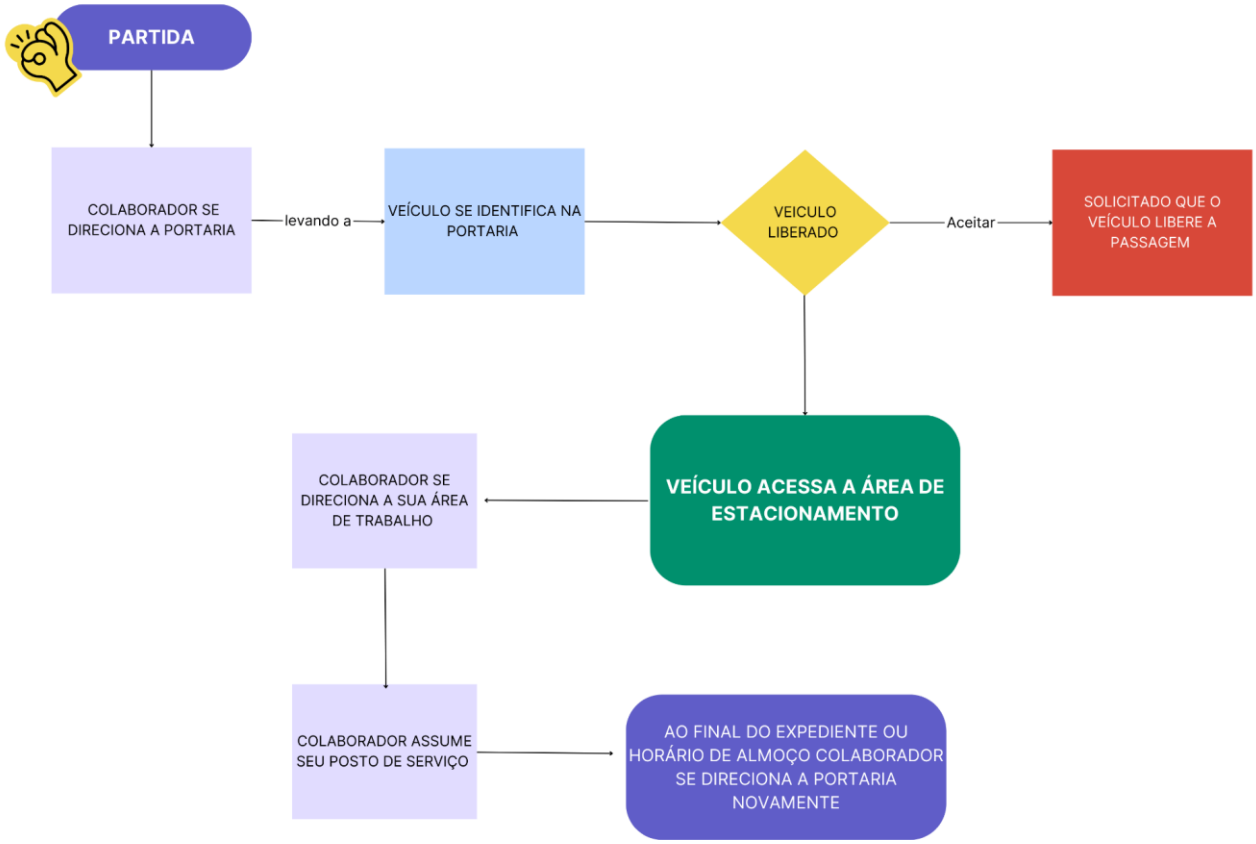
Fluxo de Acesso dos Colaboradores administrativos



Acesso dos colaboradores aos consultórios :

Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores, acessar o lateral esquerda da Policlínica com destino ao ambulatório

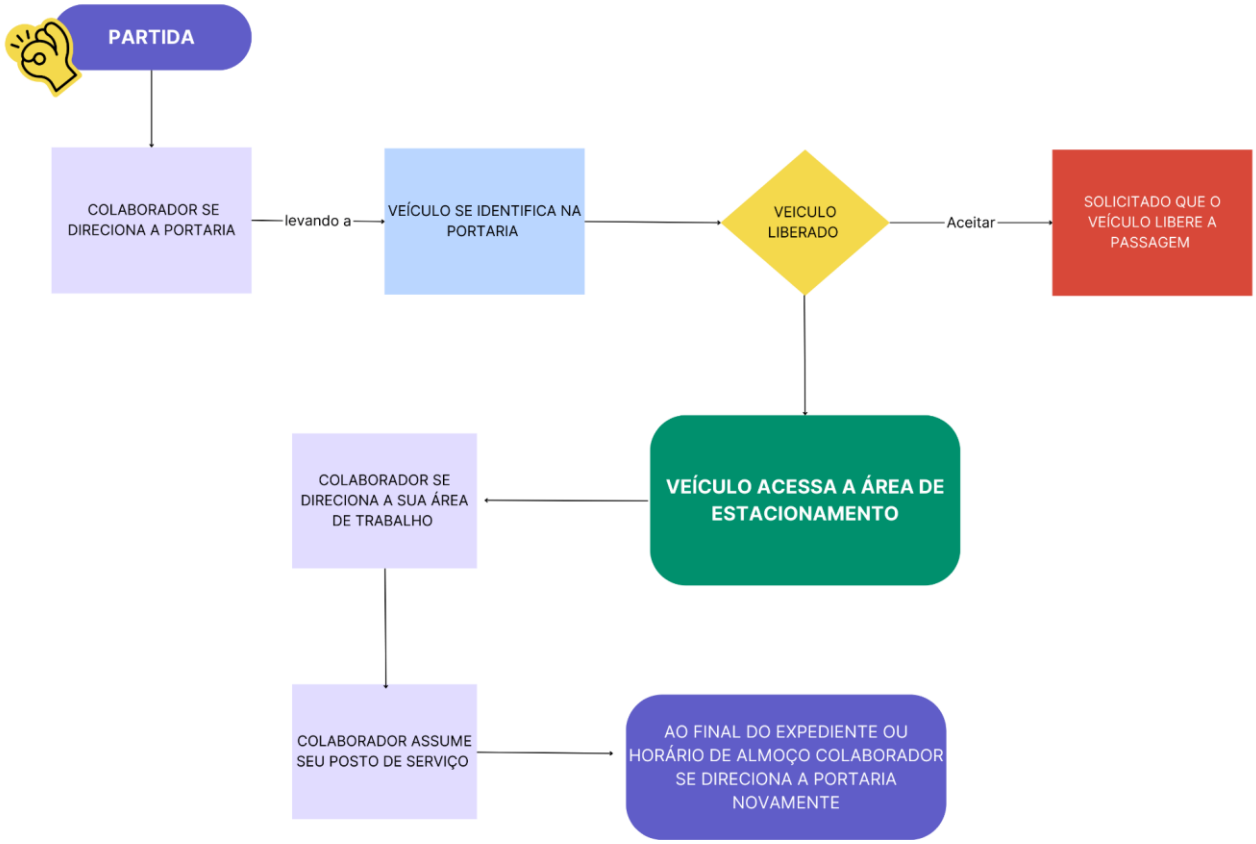
Fluxo de Acesso dos colaboradores aos consultórios



Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

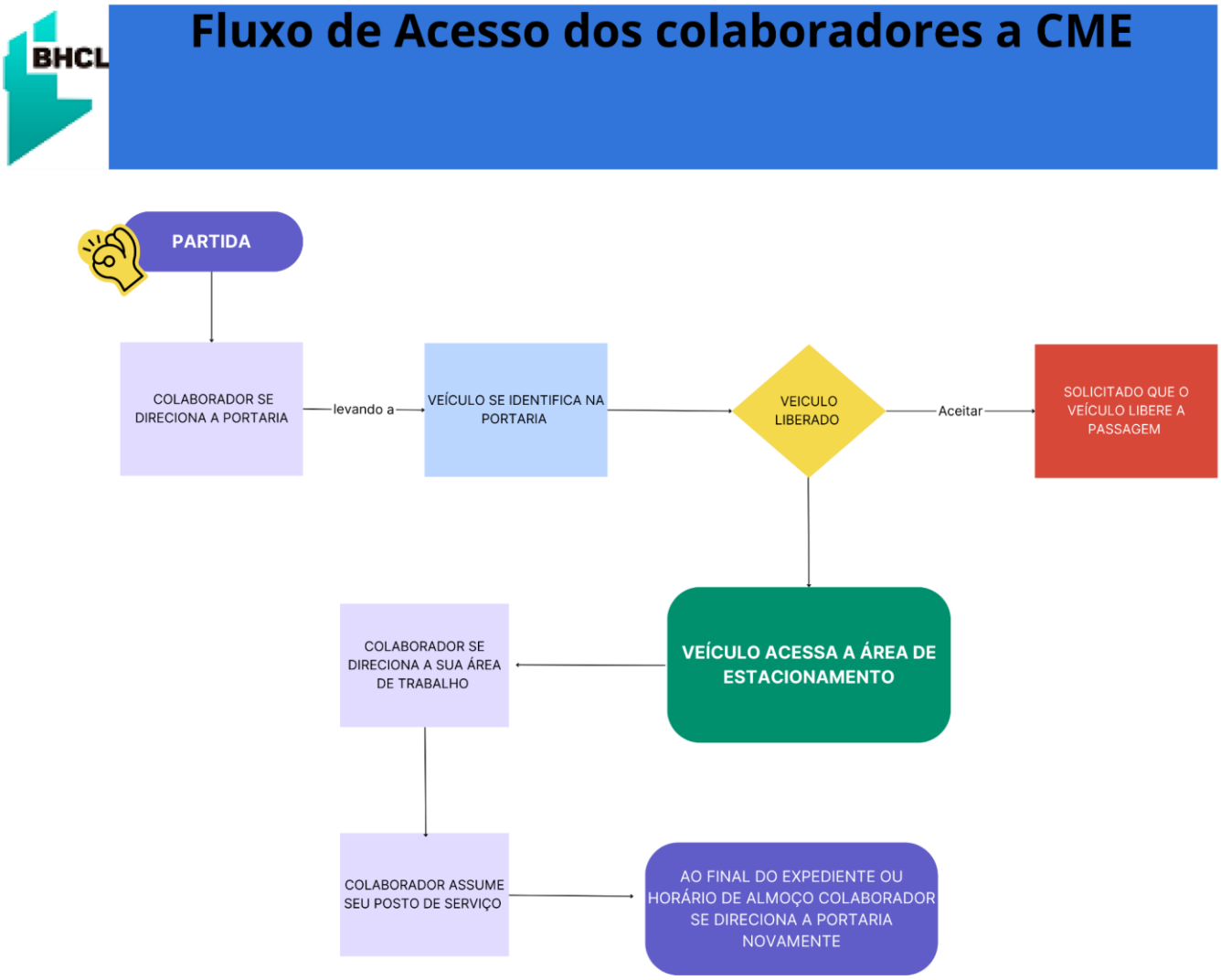
Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam a lateral com destino ao SADT.

Fluxo de Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico



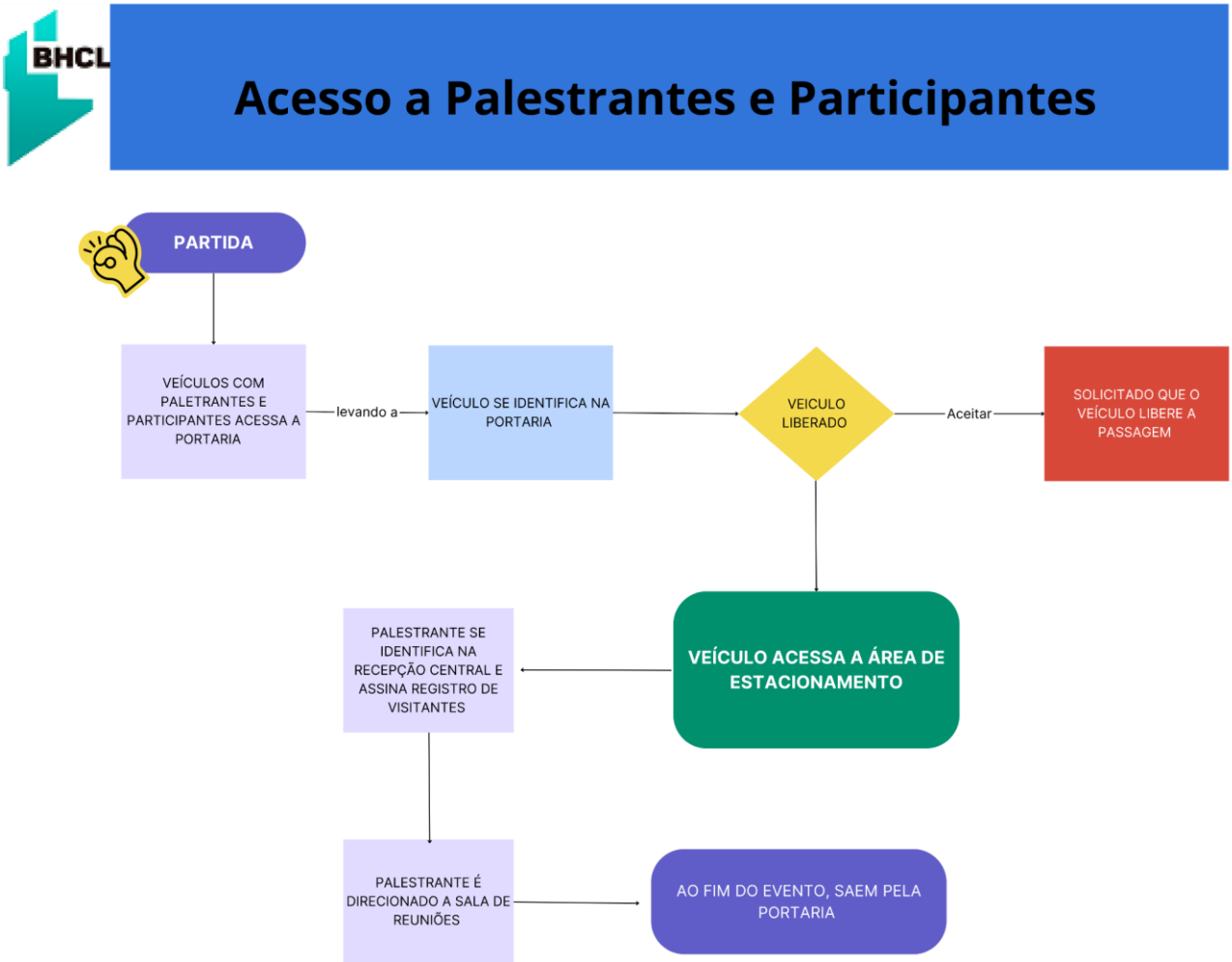
Acesso dos colaboradores a CME:

Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino a CME



Sala de treinamento/reuniões:

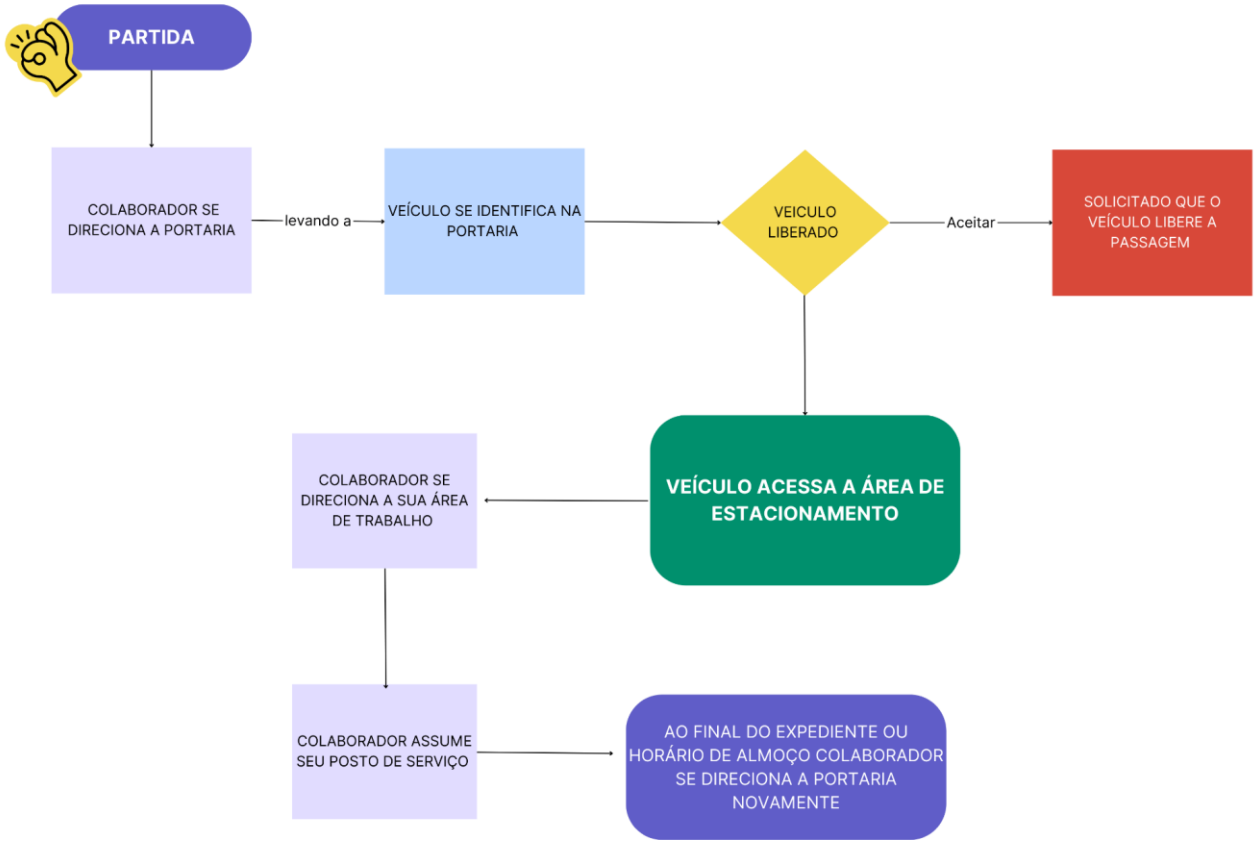
Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção do auditório, após cadastro, dirigem-se ao auditório para se acomodarem nas cadeiras ou palco (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela porta de entrada do auditório.



Acesso dos colaboradores à Farmácia:

Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino à Farmácia

Fluxo de Acesso Acesso dos colaboradores à Farmácia



Observação: Esclarece devido ao perfil da unidade a mesma não possui lavanderia própria e nem serviço de lavanderia externo. A unidade faz uso de materiais descartáveis, por esse motivo não haverá fluxo de lavanderia.

ENTRADA NA UNIDADE - RECEPÇÃO E PORTARIA

A Recepção e Portaria na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é a unidade de serviço responsável pelo controle dos acessos, circulação e acolhimento dos usuários da unidade, sejam clientes, acompanhantes, fornecedores e até mesmo colaboradores.

A condição de bom funcionamento deste serviço é que define a primeira impressão quanto à imagem da instituição, desde que as pessoas que vão a uma unidade de assistência à saúde quase sempre estão fragilizadas diante um problema de saúde, seu, ou de familiar, amigo ou dependente.

A impressão do usuário quando interagindo na unidade para atender às suas necessidades, sentindo-se ou não apoiado pela estrutura funcional da recepção é que se reproduz como a imagem idealizada da instituição na comunidade.

É fundamental compreender que atender o usuário não se resume apenas a tratá lo bem, com cortesia, mas acrescentar benefícios aos serviços, objetivando superar as suas expectativas, com a oferta de informações corretas, completas, atualizadas e compreensíveis, de modo que sirvam de referência para que todos falem "a mesma língua" e haja a satisfação das necessidades do usuário.

A implantação de um serviço de Recepção e Portaria orientado para a prestação de serviços aos usuários implica em comprometimento da instituição, a começar por aqueles que determinam os rumos e as estratégias maiores da instituição.

Nesse contexto, é necessária a compreensão de como atender ao usuário da unidade evitando privilégios e prerrogativas não previstas na Lei, acolhendo-o com respeito e dignidade, sem discriminação, atento ao atendimento preferencial para idosos, gestantes, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, como àquelas acompanhadas por crianças de colo.

Dentro desta realidade pretende-se implantar o Projeto "Posso ajudar", onde a principal função é orientar e auxiliar os pacientes e acompanhantes/familiares que utilizam os serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e que necessitam de um olhar diferenciado.

Funções e atribuições do "Posso Ajudar":

- Ser receptivo e gentil, cumprimentando de forma cordial e respeitosa;
- Informar aos usuários em relação à instituição, missão, valores e serviços;
- Receber cordialmente os visitantes;
- Perguntar o que a pessoa deseja;
- Escutar a pessoa com atenção e paciência;
- Direcionar os clientes de forma ordeira a recepção correta de sua necessidade;
- Direcionar os clientes para os consultórios e serviços de forma humanizada;
- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando no atendimento às gestantes, pessoas deficientes e crianças.
- Fazer articulação entre clientes, profissionais e serviços;

Atribuição do Serviço de Recepção

- Ser receptivo e gentil, cumprimentando de forma cordial e respeitosa;
- Procedimentos Gerais da Recepcionista: Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina da unidade;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável da unidade. Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviço Social;
- Abertura da ficha de atendimento para todos os usuários atendidos no serviço pelo Sistema de Gestão e encaminhamento ao atendimento agendado (via sistema eletrônico proposto pela SES-GO);
- Utilização de software disponível para inserção das informações de atendimento de forma digitalizada (ficha digital);
- Prestação de um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo às demandas do usuário e direcionamento adequado;
- Realizar orientações dos fluxos aos clientes e tirar dúvidas dos mesmos;
- Encaminhamento correto do cliente para o atendimento desejado.

Ações dos Colaboradores da Portaria:

O colaborador da portaria, deve ter o zelo de:

- Somente permitir a entrada de acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado e de acordo com a portaria correspondente - observar se o crachá está posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
- Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;
- Informar aos acompanhantes que a unidade não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;
- Coibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado às instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;

- Assumir o posto, devidamente uniformizados, e com aparência pessoal adequada;
- Comunicar imediatamente à Unidade Assistencial, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros interesses;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, acompanhantes ou pessoas, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao estabelecimento Assistencial;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando a manutenção das condições de segurança;
- Colaborar nas ocorrências de ordem policial por fatos ocorridos dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Comunicar à segurança a existência de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os colegas que estão assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações

O Serviço de Recepção, Posso Ajudar e Portaria, para atender as funções a que se destinam, deverá dispor de área física, recursos materiais e tecnológicos, sinalização de segurança, entre outros específicos, para os diversos setores e postos de trabalho de recepção, posso ajudar e portaria. Incluem-se os uniformes e equipamentos de proteção – EPI(s) que serão definidos e incorporados à prática de cada um dos colaboradores, com as devidas orientações e capacitações necessárias.

Entrada do Paciente dentro da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Os fluxos de atendimento, acolhimento inicial e atividades da recepção do Serviço devem ser organizados considerando:

- Funcionamento da recepção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, sob contrato de gestão, das 07 às 19hs, contando com número de colaboradores para cobertura de todo o tempo de abertura da Unidade de Saúde;
- Disponibilização do horário de atendimento do estabelecimento, relação nominal de trabalhadores e escala de plantão, relação de serviços oferecidos, mural com informações de saúde e números de atendimento, cartaz com número da Ouvidoria/SAU e manual do código de defesa do consumidor, em local de fácil visualização;
- Apresentação dos colaboradores portando crachá de identificação e uniforme;
- Manutenção do local de trabalho organizado e livre de objetos pessoais;
- Abertura da ficha de atendimento para todos os usuários atendidos no serviço pelo Sistema de Gestão e encaminhamento ao atendimento agendado;
- Utilização de software disponível para inserção das informações de atendimento de forma digitalizada (ficha digital/Prontuário Eletrônico);
- Utilização da agenda local da Central de Regulação do Estado de Goiás e do NIA (Núcleo Interno de Agendamento).
- Capacitação dos profissionais da recepção quanto às diretrizes do SUS; protocolos e documentos oficiais de fluxos e rotinas da SES-GO, aspectos organizacionais da SES-GO e da região a qual está situada;
- Prestação de um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo às demandas do usuário e direcionamento adequado.

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção serão encaminhados ao consultório de Enfermagem através do "Posso Ajudar", por meio de cadeira de rodas, enquanto o acompanhante providenciar o cadastro dele.

Os fluxos do Serviço devem ser organizados e monitorados pelos Gestores da Unidade considerando:

- Garantia do quadro médico completo para garantir atendimento à população;
- Capacitação dos profissionais com base nos protocolos definidos nas Diretrizes Técnicas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, SES-GO para resolutividade dos casos e qualificação na assistência;
- Acesso do usuário através do atendimento regulado e agendado, seguido por uma acolhimento/preparo com a equipe de enfermagem, para definição de prioridades no atendimento, que segundo as Diretrizes da PNH (Política de Humanização) consiste em um acolhimento com a finalidade de reorganizar os processos de trabalho, humanizar o

atendimento considerando o indivíduo como um todo e garantir um atendimento rápido e efetivo, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento quando necessário;

- Garantia de seguimento das patologias de base e condições de saúde, do usuário, possibilitando o acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades de promoção e prevenção através da articulação com a rede, através da referência e contrarreferência, garantindo ao cidadão a inserção no sistema de saúde público, desde o atendimento mais simples até o mais complexo (agendamento via NIA/ Central de Regulação Estadual ou outros meios);
- Direcionamento do agendamento por protocolos prioritários de encaminhamento definidos pela SES-GO, conforme as áreas temáticas/Linha de Cuidado (Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, dentre outros);
- Encaminhamento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, para o Hospital de retaguarda ou Pronto-Socorro, a partir da avaliação médica e contato prévio com os serviços, nas urgências e emergências, principalmente as relacionadas ao processo dialítico;
- Acompanhamento do perfil da demanda atendida e os diagnósticos mais prevalentes para organização do serviço, planejamento das ações e discussões com SES-GO quando necessário;
- Monitoramento do consolidado dos atendimentos e procedimentos mensalmente por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou APAC, através do preenchimento dos instrumentos diários de produção de acordo com as diretrizes da SES-GO;
- Atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento (CNES).

Ainda buscando a qualificação dos serviços a BHCL realizará o monitoramento dos seguintes indicadores:

- Número de atendimentos médicos por especialidade, por mês;
- Número de atendimentos Multiprofissionais, por especialidade, por mês;
- Número de procedimentos no mês por unidade;
- Número de SADT realizado, por tipo de exames;
- Número de sessões de Hemodiálise realizadas por mês;
- Acompanhamento do absenteísmo primário e secundário por mês, nos diversos serviços ofertados na Policlínica;
- Reclamações geradas nos diversos canais de manifestações e seus encaminhamentos;
- Qualidade do preenchimento dos prontuários de atendimento;
- Execução das ações de Educação Permanente pactuadas junto à SES-GO;

O monitoramento mensal da produção será realizado através de relatório do Sistema de Gestão. Cabe destacar que a produção assistencial não constitui uma meta, mas será objeto de monitoramento e avaliação, subsidiando discussões de qualificação dos serviços.

Será ainda realizado o acompanhamento sistemático do quadro de profissionais previsto para cada serviço, conforme estabelecido no Edital de chamamento.

Fluxo do Usuário

Fluxo para Recepção e Atendimento

Gerenciar o fluxo de pacientes na recepção da Unidade não é uma tarefa fácil, pois é necessário estar preparado para o pico de atendimento nas primeiras horas da manhã e a queda drástica nas demais horas do dia. Este gerenciamento exige organizar a fila de atendimento, pacientes preferenciais, tempo de espera, tempo de atendimento, entre outros. Somente monitorando e melhorando constantemente estes aspectos é que a Unidade poderá garantir um atendimento ágil e consequentemente, a satisfação do cliente.

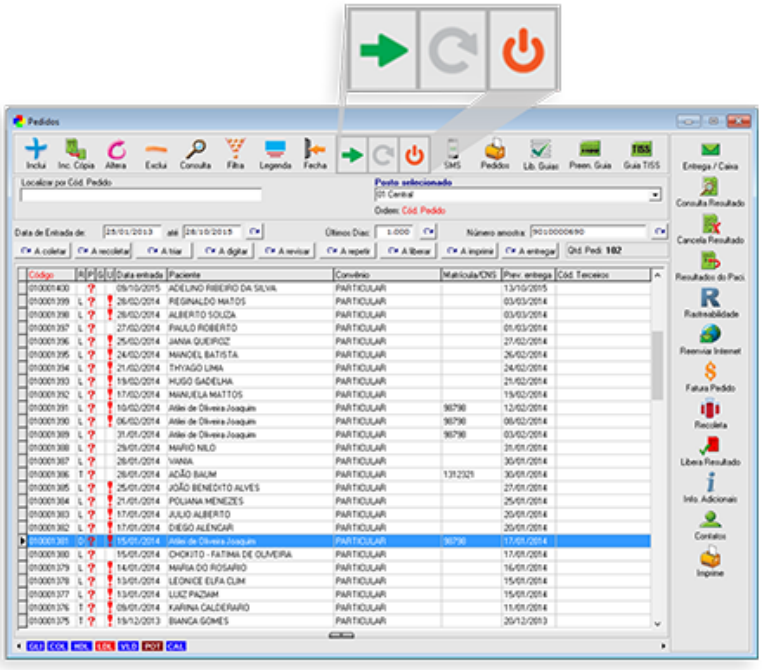
O sistema de atendimento será por senha.

O primeiro item necessário para o controle do fluxo de pacientes é a retirada de senhas por atendimento. Para isso será desenvolvido uma Botoeira, que será conectada a um computador juntamente com uma impressora. Dessa forma passa-se a gerar as senhas de atendimento para os pacientes que chegarem na recepção deambulando, todo esse processo terá a ajuda e acompanhamento da equipe do "Posso Ajudar"

Figura. Dispenser de senha

A recepcionista pode chamar o próximo paciente da fila a partir da tela de atendimento, chamar novamente ou encerrar o atendimento por senhas.

Figura. Painel de chamada visualizado pela recepcionista

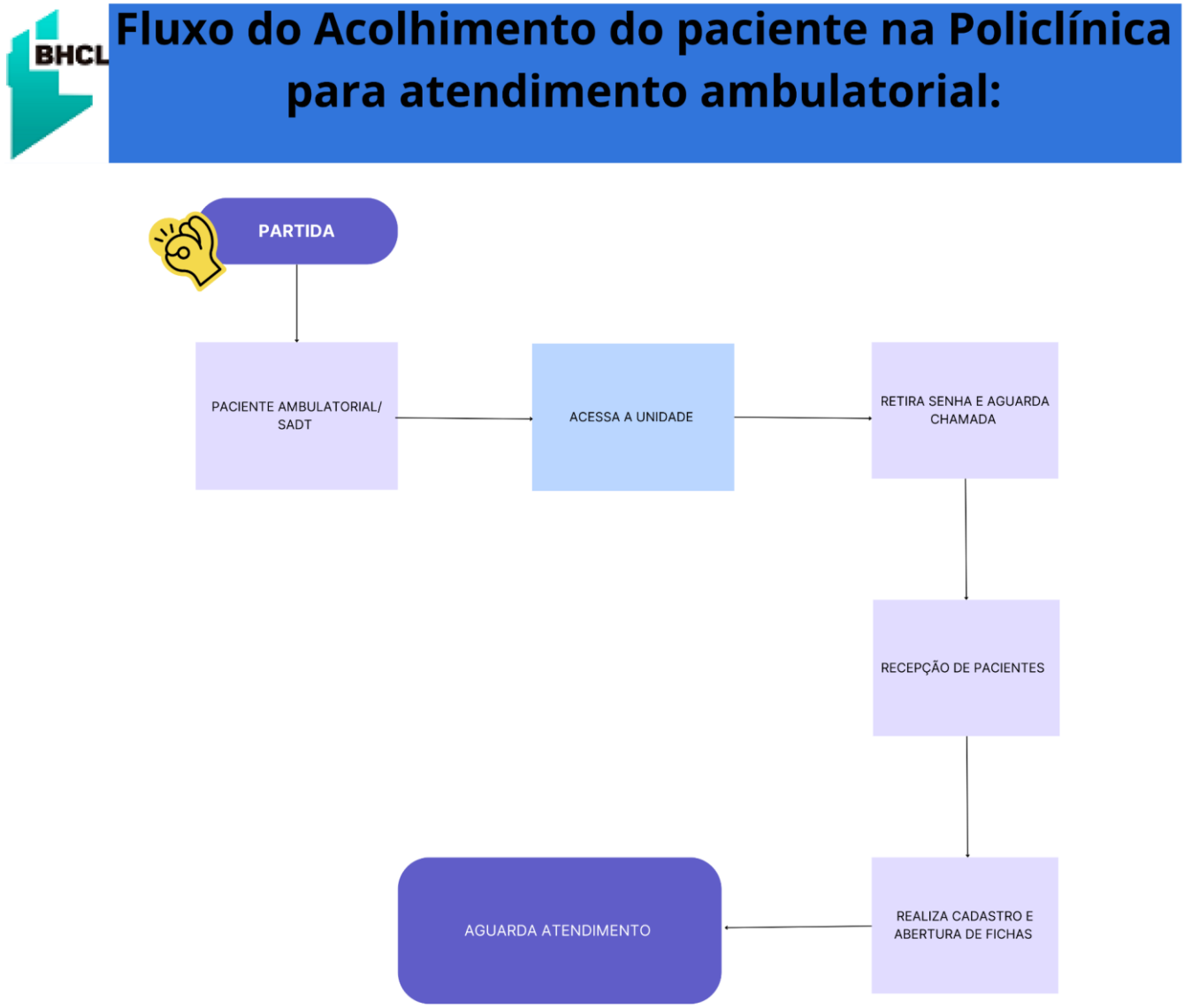


A senha chamada pela atendente aparece em um painel que pode ser uma TV ou um monitor de computador com caixa de som. Além do recurso visual, a senha é lida pelo computador através de um recurso de narração, chamando a atenção dos pacientes e gerando acessibilidade para que deficientes visuais possam saber o momento do seu atendimento.

Figura. Painel de chamada visualizado pelo paciente

Após a chamada da senha, o paciente será direcionado à recepção onde será realizado o cadastro, se necessário, e após o mesmo será encaminhada pelo "Posso Ajudar" a recepção respectiva ao seu atendimento e aguardará o atendimento pretendido. Ressalta-se que a unidade

tem recepções específicas para consultas médicas, consultas multiprofissionais, laboratório, SADT, odontologia e Setor de Hemodiálise.



Fluxos das Linhas de Cuidado

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária, envolvendo serviços de consultas clínicas em diversas especialidades e apoio diagnóstico terapêutico, com suporte para realização de exames e cirurgias ambulatoriais de pequeno porte.

As Policlínicas Estaduais de Goiás são unidades ambulatoriais especializadas, regionalizadas, que ofertam serviços de forma regulada e se articulam com a Atenção Primária e Terciária, buscando ampliar a resolubilidade das Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os serviços ofertados incluem o atendimento nas diversas especialidades médicas, a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, atendimento interdisciplinar com equipe multiprofissional, apoio diagnóstico e terapêutico, e terapia renal substitutiva, dentre outros serviços.

Dentro desta visão, resolubilidade e qualificação de assistência prestadas, às linhas de cuidado são estratégias que definem o percurso de um paciente dentro de uma rede de saúde, ou de uma unidade. Elas são baseadas em padronização técnica e visam garantir o cuidado integral do paciente de forma coordenada e responsável.

Benefícios das Linhas de cuidado:

- Facilitam o fluxo de atendimento no SUS
- Orientam os profissionais de saúde sobre os procedimentos adequados
- Identificam oportunidades de melhoria
- Incentivam o entrosamento entre os setores da equipe de saúde
- Elevam a qualidade da assistência

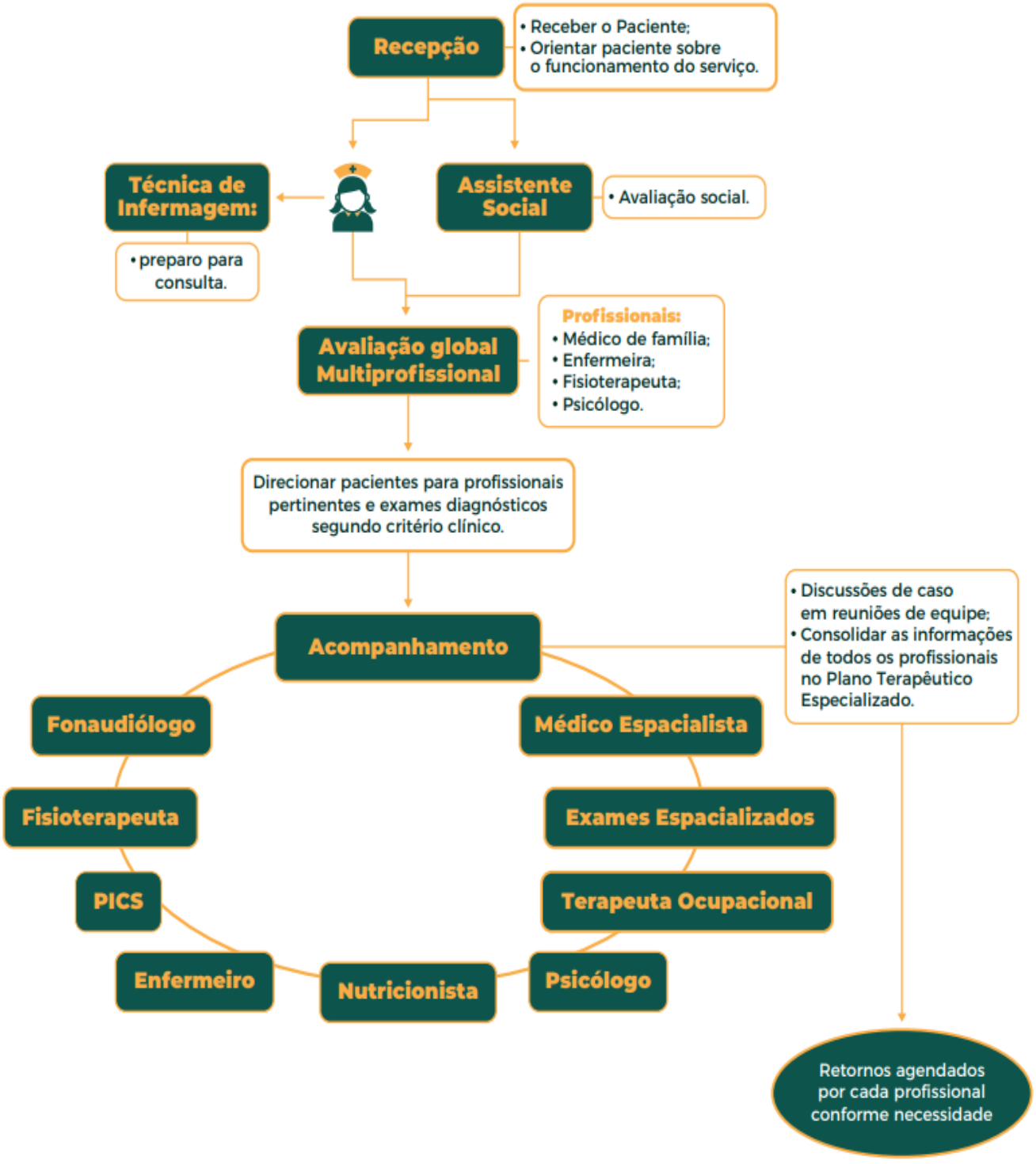
A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis terá eixos prioritários para as Linhas de Cuidado internas:

- Linha de Cuidado Cardiometabólica: Hipertensão e Diabetes Mellitus
- Linha de Cuidado Materno-infantil:Pré-natal de alto risco e Pediatria

ENTRADA DO PACIENTE:

As condições crônicas Diabetes Melittus, Hipertensão Arterial, Pré natal de Alto Risco e Pediatria serão avaliadas e acompanhadas de forma diferenciada no serviço, passando por avaliações e acompanhamentos multiprofissionais.

Fluxo de atendimento das Linhas de Cuidados Prioritários da Policlínica:



3.1.2 Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

A gestão documental dinamiza as atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos, otimizando tanto o fluxo informacional, quanto toda a rotina administrativa de uma instituição.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, enquanto entidade ligada diretamente à saúde e ao bem estar social, precisa atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Numa unidade de saúde, como a Policlínica, a informação se constitui como componente estrutural e funcional para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere à disponibilização de tratamentos adequados eficientes, quanto ao atendimento efetivo e humanizado a toda população.

Os dados clínicos gerados em âmbito interno são de suma importância para o efetivo planejamento e organização dos serviços de saúde de modo a dispensar a devida atenção médica à sociedade. Para isso, é necessário que as informações sejam atuais e fidedignas para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que poderão trazer grandes contribuições ao sistema de saúde e à sociedade.

Nesse sentido, a gestão documental se apresenta como instrumento propício a dinamização das atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos nas instituições de saúde, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

O processo de gestão na instituição se inicia pelo prontuário do paciente, já que são seus dados que alimentam toda a malha informacional.

O sistema único de saúde (SUS) compreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos II capítulo da lei nº. 8.080, de 19 de novembro de 1990.

Destaca-se dentre os princípios e diretrizes da Lei 8.080: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

Nesse sentido, um efetivo sistema de informação nas instituições de saúde é uma necessidade. Viabilizar a qualidade no atendimento e promover o arrefecimento desses dos problemas que envolvem o gerenciamento e operacionalização da saúde no âmbito do SUS depende, em grande medida, do gerenciamento dos repertórios informacionais e da fiscalização dos serviços.

Para fiscalizar as ações e os serviços desenvolvidos pelo SUS, existe o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Destaca-se assim, que a aplicação da gestão de documentos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, mostra-se imprescindível no processo de atendimento tanto aos órgãos fiscalizadores, quanto a toda sociedade (através de acesso à informação por Portal da Transparência e Lei de Acesso à Informação), vez que regulamentará produção, fluxo e acesso das informações, sejam oriundas de atividades-fim, seja de atividade-meio.

Conceito Documental: Conceitualmente é possível desmembrar documentos em dois tipos: internos e externos.

Documentos Internos: São todos os documentos gerados na própria unidade, tais como ofícios, requerimentos, solicitações e que serão aplicados dentro ou fora da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Documentos externos: São todos os documentos emitidos por áreas externas à unidade, entregues e aplicados na mesma, como fonte de informação, orientação, solicitação ou determinação.

Sistema de Protocolo Próprio e Gestão de Documentos Administrativos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Esse sistema objetivará diretrizes para o recebimento de documentos internos e externos, pelo sistema de registros obedecendo fluxo pré-estabelecidos, do seguinte modo:

Sistema de Recebimento de Documentos Internos/Externos

Ação/Descrição Da Atividade ser Executada	Responsável
Recebimento de documentos externos cotidianamente e procedimento de protocolização (carimbo com data e nome) na primeira folha (frente). Devolução da primeira via ao portador.	Agente/auxiliar administrativo
Conferência documental e cadastro no sistema de gestão	Agente/auxiliar

de processos e documentos e encaminhamento aos setores de destino.	administrativo
Recebimento e encaminhamento das correspondências aos dirigentes da Policlínica. Redirecionamento dos documentos despachados via sistema de gestão de processos.	Secretária/Assessora
Acompanhamento dos prazos estabelecidos nos documentos, reivindicando aos setores responsáveis a minuta para resposta formal	Secretária/Assessora

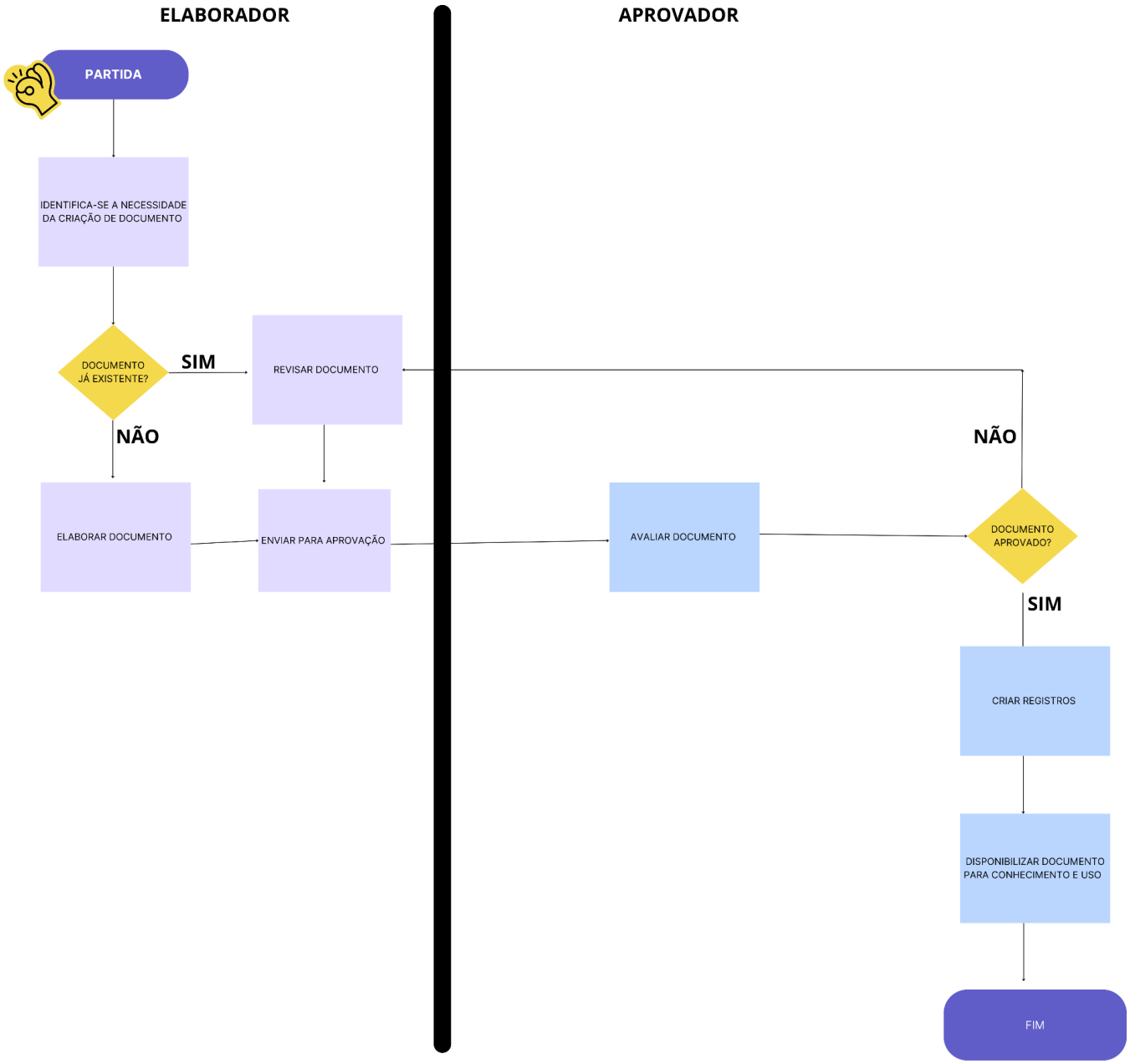
Abertura, Encaminhamento e Arquivamento Processual

Ação/Descrição Da Atividade ser Executada	Responsável
Cadastro de processo de compras, contratação de pessoal no sistema de gestão de processos e documentos.	Agente/auxiliar administrativo
Conferir a documentação e cadastrar no Sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, exigindo dos setores responsáveis a minuta para resposta formal.	Agente/auxiliar administrativo

Todo o trabalho prestado na Policlínica deverá ser direcionado por um documento previamente construído e validado pela Gestão da Qualidade da Unidade, garantindo assim a padronização e uniformização dos processos de trabalho, tanto na área assistencial, quanto nas áreas técnica e administrativa.

O fluxo para elaboração e validação dos registros administrativos - evidências fundamentais ao bom funcionamento do Sistema De Gestão Da Qualidade é crucial para a segurança das informações institucionais e ocorre conforme demonstrado a seguir:

FLUXO DE ELABORAÇÃO DOCUMENTAL



Quanto aos parâmetros para controle de cada registro (identificação, armazenamento, proteção/acesso, recuperação, retenção e disposição dos registros), estes serão definidos por meio de uma tabela que faz parte do próprio Registro da Qualidade, e/ou dos documentos de referência (Diretriz e/ou Procedimento Operacional Padrão), conforme as seguintes orientações sobre o conteúdo dos campos:

- Identificação: Identificação/código do registro;
- Armazenamento: Discrimina o local de arquivo ou setor onde o registro é armazenado, e/ou pasta eletrônica onde o arquivo é guardado;
- Proteção/acesso: Discrimina as condições para manter a integridade do registro / Quem pode ter acesso ao registro;
- Recuperação: Discrimina a forma de recuperação, seja por data, número do prontuário do paciente ou nome do paciente, por exemplo;
- Retenção: Discrimina por quanto tempo o registro é guardado;
- Disposição: Discrimina o que fazer com os registros após o término do período de retenção. Cada área deverá controlar os registros de sua responsabilidade, conforme os parâmetros especificados nos próprios documentos. Condições adequadas de armazenamento e manutenção de registro são garantidas pela observação desses parâmetros.

Considerando as responsabilidades, apresentam-se as seguintes definições e atribuições:

Elaborador: Função executada por colaboradores de todas as áreas da Policlínica, em geral por gestores e responsáveis por áreas, com as seguintes competências:

- Elaborar documentos inerentes ao processo/contrato de sua responsabilidade, de acordo com os padrões de formatação de documentos definido pela BHCL;
- Subir o documento em sistema próprio;
- Visionar o documento, quando for detectada sua necessidade de atualização;
- Revisar os documentos de sua responsabilidade, conforme sua vigência;
- Obsoletar o documento de sua responsabilidade, quando necessário;
- Definir os parâmetros de controle para cada registro do Sistema De Gestão Da Qualidade;
- Encaminhar o documento para o revisor de acordo com a demanda, ou seja, evitar o congestionamento de documentos.

A elaboração de novos documentos ou atualização de documentos existentes poderá, também, ser detectada pelos usuários desses, por meio de análise dos requisitos do sistema, relatórios de avaliação interna, registros de oportunidades de melhoria, ações corretivas, preventivas ou de melhorias.

Revisor: Função executada pela Gerência da Qualidade, com as atribuições de:

- Manter arquivo da documentação do Sistema De Gestão Da Qualidade; e backups;

- Controlar a distribuição dos documentos do Sistema De Gestão Da Qualidade;
- Monitorar a elaboração ou revisão dos documentos do Sistema De Gestão Da Qualidade;
- Verificar se o documento está no padrão institucional;
- Definir o fluxo de aprovação do documento;
- Dar andamento no fluxo de aprovação dos documentos, conforme a demanda institucional, sempre evitando o congestionamento destes.

Aprovador: Função executada pelos coordenadores, supervisores, gerentes ou diretores do setor, aos quais caberá:

- Analisar criteriosamente o documento;
- Aprovar (ficará disponível no Sistema De Gestão Da Qualidade;) ou reprovar o documento (voltará para o elaborador com a justificativa apropriada).

A aprovação dos documentos acontecerá em fluxo contínuo, a partir do recebimento destes, após a etapa de revisão/verificação, a depender de cada perfil de documento. Distribuidor: Função executada pela Gerência da Qualidade, sendo esta responsável por distribuir os documentos com cópia não controlada.

Os documentos ficarão disponíveis no Sistema De Gestão Da Qualidade ou no Sistema Eletrônico próprio de documentos. Ou seja, para o colaborador ter acesso aos documentos em caráter de pesquisa ou realizar algum registro, ele deverá acessar o sistema. Usuários: Função executada por todos os colaboradores da Policlínica, que deverão utilizar adequadamente os documentos do Sistema De Gestão Da Qualidade, observando o controle e a rastreabilidade deles, bem como atentar-se para a utilização da versão atual do documento.

Ressalta-se que, em hipótese alguma, os colaboradores deverão armazenar no setor documentos em sua forma física para acessos futuros, evitando assim a utilização de documentos desatualizados (só será permitida documentos impressos em casos específicos exigidos por legislação sanitária ou de classe).

Desta forma, propõe-se para a Policlínica, assim como já é realizado em todas as demais Unidades gerenciadas pela BCHL, a utilização do Sistema informatizado para o gerenciamento e controle de toda a informação documental interna. Por meio sistema informatizado, todo profissional terá acesso ao módulo para criação, revisão, busca, consulta, leitura e impressão de documentos, conforme a autorização do seu perfil de acesso.

DOCUMENTOS E OFÍCIOS RECEBIDOS

Os remetentes de documentos oficiais/ofícios que têm como destinatário o BHCL, são órgãos e entidades (públicas e privadas). Por vezes a documentação poderá ser entregue presencialmente pelos órgãos remetentes, em outras situações serão encaminhadas por sistema de Correios e em

alguns casos (dada a urgência e economicidade, por exemplo) serão encaminhados nos e-mails corporativos cadastrados.

Destaca-se que o fluxo documental do BHCL, na gestão da Policlínica, recomendará que qualquer documento, enviado eletronicamente, seja recebido somente por e-mail corporativo e não endereço eletrônico pessoal, zelando assim pelos princípios norteadores da Administração Pública como impessoalidade e transparência. Em caso de recebimento pessoal, por algum motivo, alheio à vontade do colaborador, o mesmo deverá imediatamente proceder com o envio aos e-mails institucionais.

Os ofícios entregues presencialmente ou via postal (Correios), após recebidos deverão ser digitalizados e salvos em pastas próprias da rede da Policlínica e da plataforma de gerenciamento documental.

Oportunamente, na plataforma deverão ser marcados todos os colaboradores envolvidos no tema, além do responsável pela resposta.

Feito isso, o colaborador responsável por redigir a minuta, a elaborará, indicando o número do Ofício recebido e encaminhará ao responsável pela aprovação/revisão.

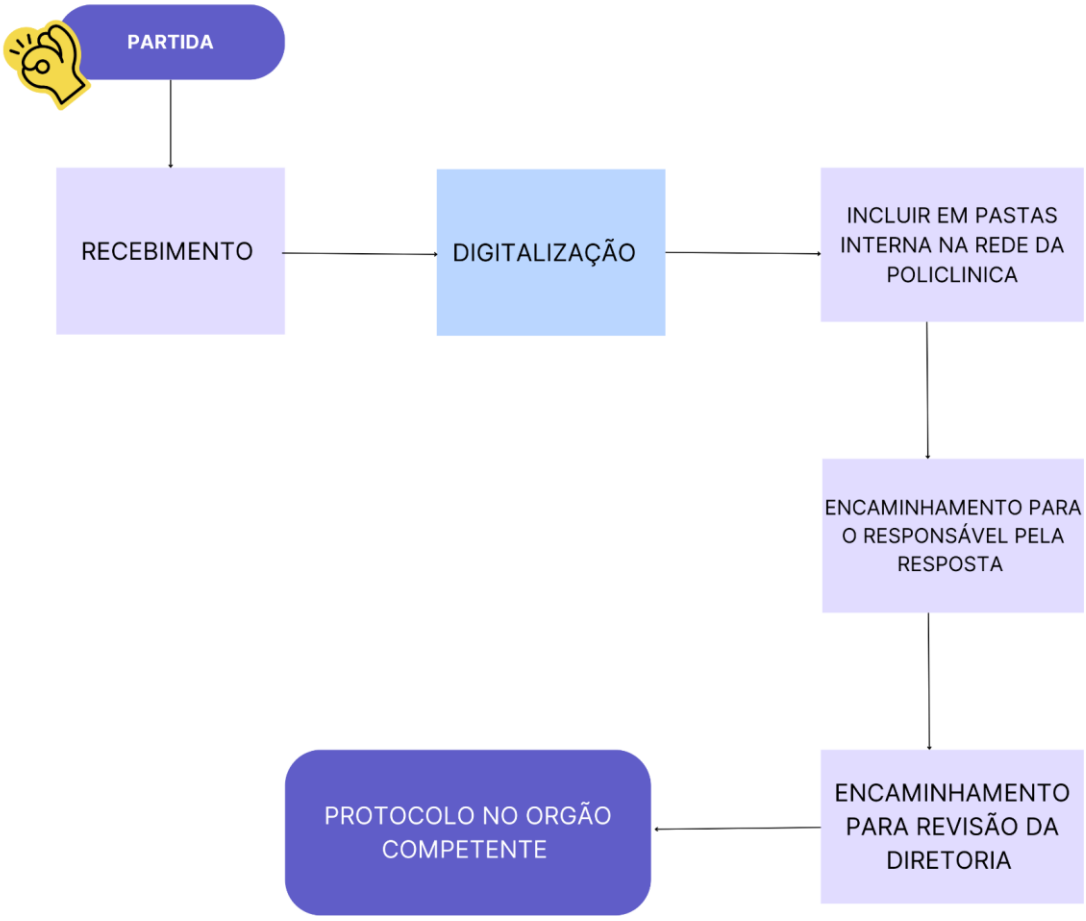
Após, proceder com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de "demandas concluídas na unidade".

Em alguns casos, quando o tamanho do Ofício não for compatível com capacidade do provedor do email, o mesmo deverá ser protocolizado de maneira física no órgão.

Ofícios de natureza meramente informativa, deverão ser inseridos nas Pastas da rede da Policlínica, e na plataforma de gerenciamento documental, com marcação dos colaboradores que devem ter ciência do teor daquele documento. Após o prazo de 30 (trinta) dias do seu recebimento, deverá ser providenciada sua baixa e modificada para lista de "demandas concluídas na unidade".

FLUXO RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS E OFICIOS



Fluxos Ambulatório

O registro do usuário para início de um atendimento é imprescindível, visando garantir a segurança das informações institucionais. Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados coletados e registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário iniciará o seu registro na unidade em seu primeiro atendimento. A equipe da recepção da Unidade realizará a busca da identificação no sistema de Regulação utilizado pela SES/GO e/ou CADSUS WEB, SOUL MV, se necessário, atualizará dados existentes, tais como endereço e contato telefônico.

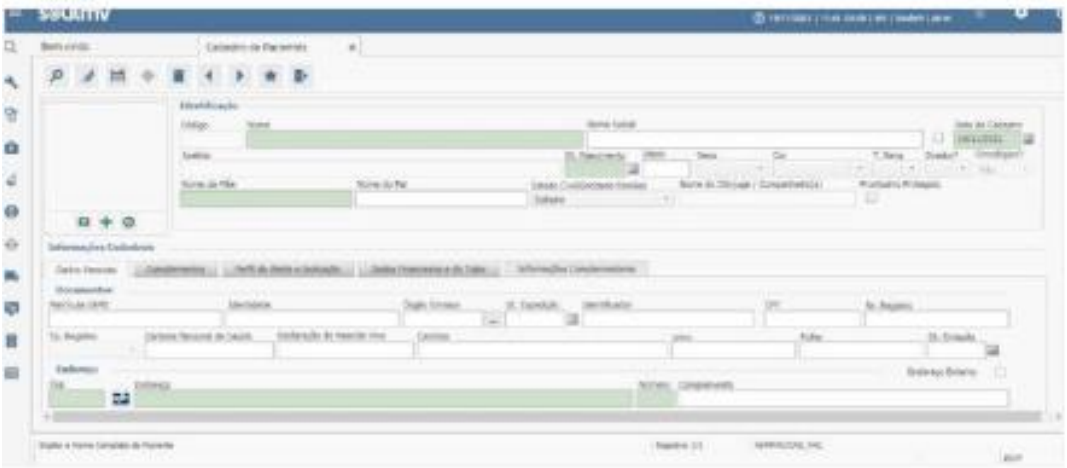
No prontuário iniciado deverão ser evoluídos e/ou arquivados todos os atendimentos, procedimentos e exames realizados pela equipe assistente ao paciente, incluindo equipe médica, de enfermagem e multiprofissional, devendo o documento ser claro, organizado e com Plano Terapêutico descrito, conforme proposto na Política de Humanização.

O prontuário deverá servir como base para a comunicação entre profissionais de saúde, integrando e garantindo a continuidade do tratamento. As informações também darão maior segurança ao paciente, que tem o direito de ser esclarecido sobre o documento.

Fluxo recepção

1. O registro dos pacientes liberados para consulta ambulatorial é disponibilizado via sistema de regulação próprio do Estado
2. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, contará internamente, na gestão do BHCL, com a utilização do Sistema SOUL MV. Deste modo, após a ser verificada a agenda no Sistema de Regulação Estadual, deverá o profissional responsável proceder com o agendamento no SOUL MV.
3. O paciente então, deverá comparecer na Policlínica para a consulta com o especialista à qual foi agendado, SADT e/ou atendimento no setor de Hemodiálise.
4. Depois de passar pelo profissional médico, o paciente será encaminhado ao NIA (Núcleo de Interno de Agendamento), para realização dos procedimentos prescritos pelo médico (pequeno procedimento cirúrgico, realização de exames, agendamento de retorno com médico).

Tela para registro do cadastro do paciente na Recepção



Fonte: Sistema SOUL MV.

Tela para registro do paciente ambulatorial.

Fonte: Sistema SOUL MV.

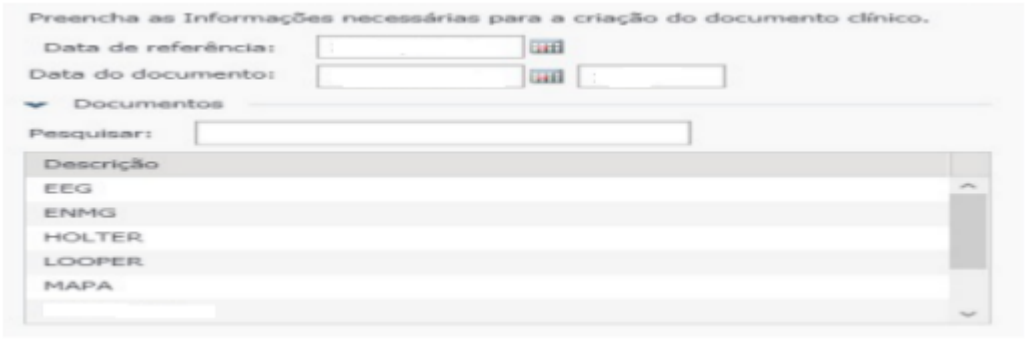
Tela de abertura de protocolos assistenciais.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Tela para registro de Aferição de Sinais Vitais.

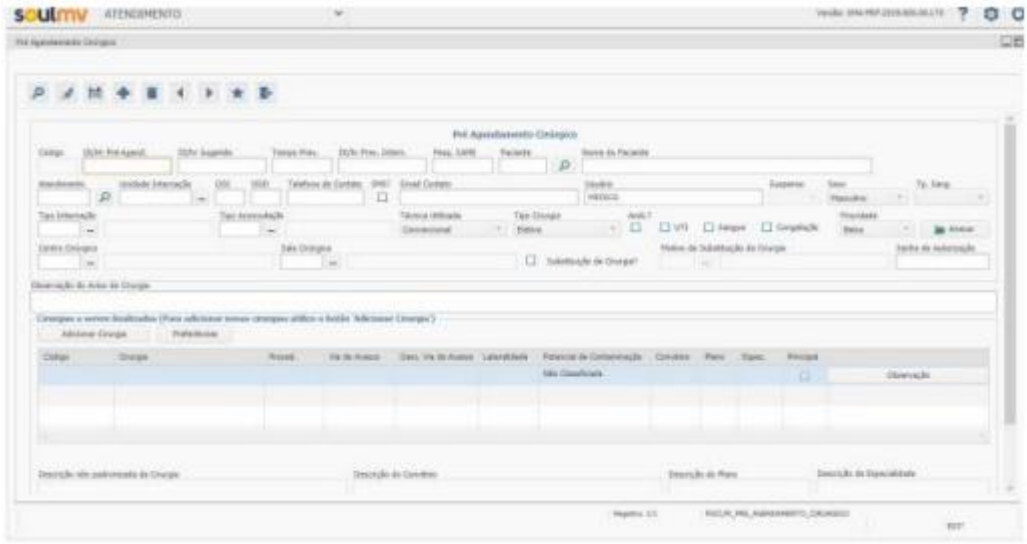
Fonte: Sistema SOUL MV.

Tela para registro de SADT



Fonte: Sistema SOUL MV.

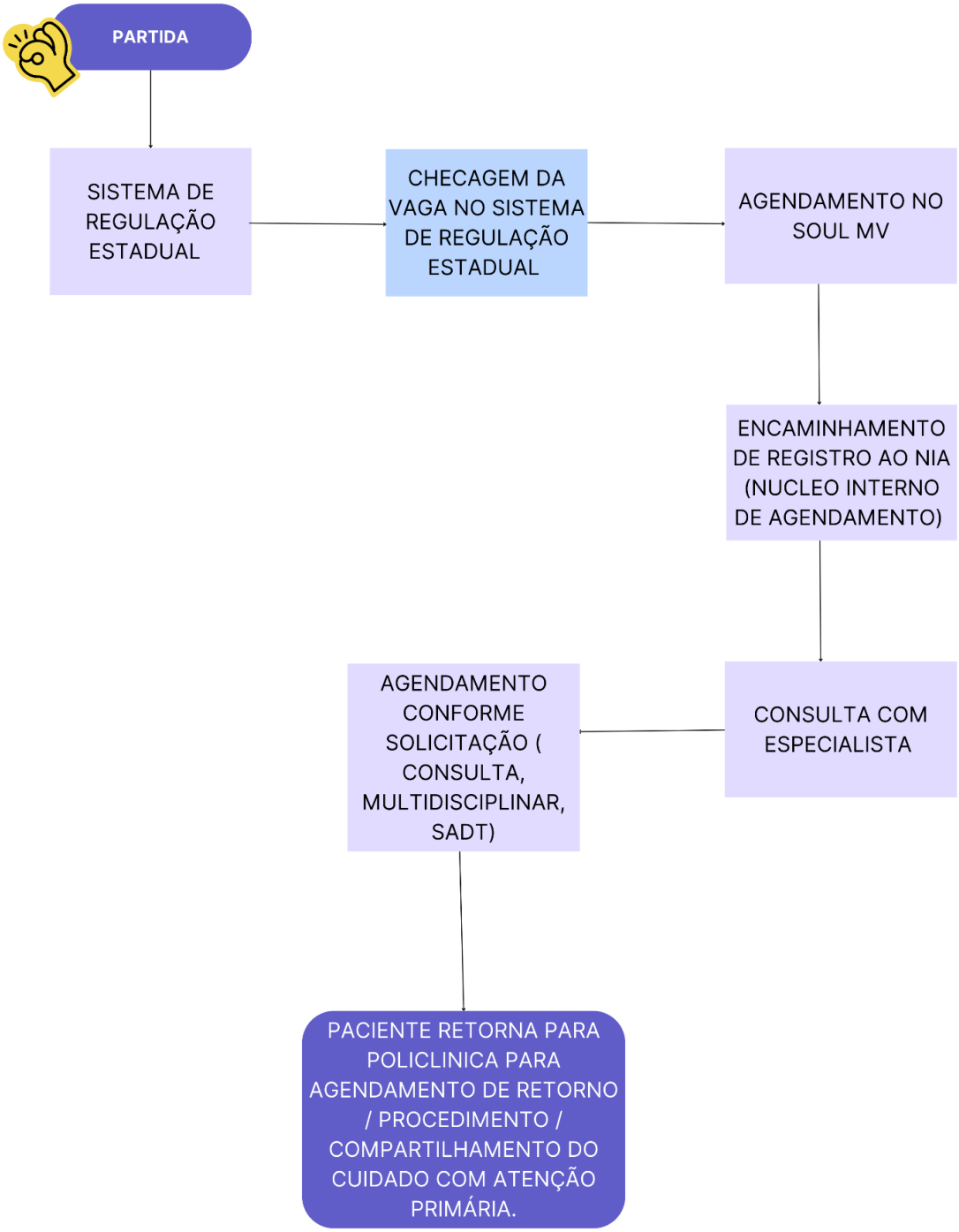
Tela para registro de atendimento



Fonte: Sistema SOUL MV.

Após agendamento, através do Sistema de Regulação da SES/GO, o paciente deverá comparecer na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, na data marcada para a Realização da Consulta e/ou para o Procedimento Prescrito.

FLUXO DE RETORNO DO PACIENTE A POLICLÍNICA



3.1.2.1 Comissão de Documentação Médica e Estatística

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde. Essa comissão deve atuar em consonância com a Comissão de Revisão de Prontuários e com a Comissão de Ética Médica.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da CDME propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento da Comissão de Documentação Médica e Estatística

CAPÍTULO I

DA LEGISLAÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será implantada na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

§ 1º A CDME é vinculada diretamente à Diretoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, que deve assegurar-lhes os meios adequados para seu funcionamento.

§ 2º A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Art. 2º A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos/telas a serem utilizados na composição dos prontuários (Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP) de atendimento dos pacientes atendidos na unidade, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

Art. 3º A CDME objetiva:

I. Atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares;

II. Atender a Resolução CFM nº 1638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos,

acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A CDME terá composição multiprofissional, contando com 09 (nove) membros titulares.

Art. 5º As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Diretoria e se processará da seguinte forma:

- Um representante da Comissão de Ética Médica;
- Um representante do Serviço de Enfermagem;
- Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- Um representante da Diretoria;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Núcleo de Educação Permanente;
- Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 6º O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Art. 7º O secretário será eleito pelos seus pares, para exercer sua função por tempo indeterminado.

CAPÍTULO IV
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CDME:

I. Validar modelos de impressos/telas que irão compor o prontuário (PEP) da unidade de saúde;

II. Validar modelos de impressos/telas a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes venham a ser registrados ou divulgados;

III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários;

IV. Impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidades destes;

V. Orientar o correto preenchimento dos impressos/telas e monitorar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, tais como: Identificação do paciente; Anamnese; Exame físico; Exames complementares, bem como seus respectivos resultados; Hipótese diagnóstica; Diagnóstico definitivo; Tratamento efetuado; Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e horário;

VI. Outros documentos pertinentes ao atendimento.

VII. Validar regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal;

VIII. Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos/telas ou modificação dos já adotados;

IX. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

X. Colaborar com as normas de arquivamento/ guarda dos prontuários, abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessária;

XI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Núcleo de Educação Permanente, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

XII. Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME;

XIII. Discutir em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados;

XIV. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de classe;

XV. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

Art. 9º Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente;

I. Representar a CDME em suas relações internas externas;

II. Presidir as reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Fazer cumprir o regimento;

V. Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII. Repassar todos os documentos informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência e Diretoria;

IX. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Parágrafo único. Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo secretário, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 10. Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, materiais que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

VI. Ao membro eleito de forma interina, substituir o presidente quando das suas ausências e impedimentos.

Art. 11. Ao secretário da CDME:

I. Assistir as reuniões;

II. Preparar e encaminhar o expediente;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Parágrafo único. Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12. A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, em dia da semana a ser definido, uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

§1º. A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 70% dos seus membros, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

§2º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

§ 3º Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

§ 4º No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro pela Diretoria.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 14. A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15. A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 16. Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 17. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Diretoria da unidade.

Data; Assinaturas.

Perfil dos Profissionais

Formação	Perfil	QTD*
Médico	Profissional com formação em medicina.	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem.	01
Administrador	Profissional com formação em Administração e que representa a Direção da Unidade.	01
Administrativo	Representante do Serviço de Estatística.	01

*Número mínimo de componentes na Comissão.

Cronograma anual de atividades da Comissão de Documentação Médica e Estatística

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Documentação Médica e Estatística - CMDE													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Reunião mensal da Comissão	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Padronização de documentos	Equipe			X	X								
Implantação de indicadores	Equipe				X	X							
Reunião com CEE	Equipe				X			X			X		
Reunião com CEM	Equipe					X			X			X	
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.1.3 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, lavá-los com agentes descontaminantes, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição, (ANVISA) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307 de 14 de novembro de 20022.

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar-lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades de saúde.

A qualidade dos serviços da Central de Material e Esterilização - CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada.
- Equipamentos adequados e operacionais.
- Materiais adequados.
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa.
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME.
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários.
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes.
- Acesso restrito aos funcionários, que devem estar devidamente parados.

Segundo a SOBECC4, a área física do CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo (o qual é exigido pelas leis sanitárias), evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice e versa, ou seja,o fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de materiais e instrumentos contaminados com os limpos e esterilizados.

Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

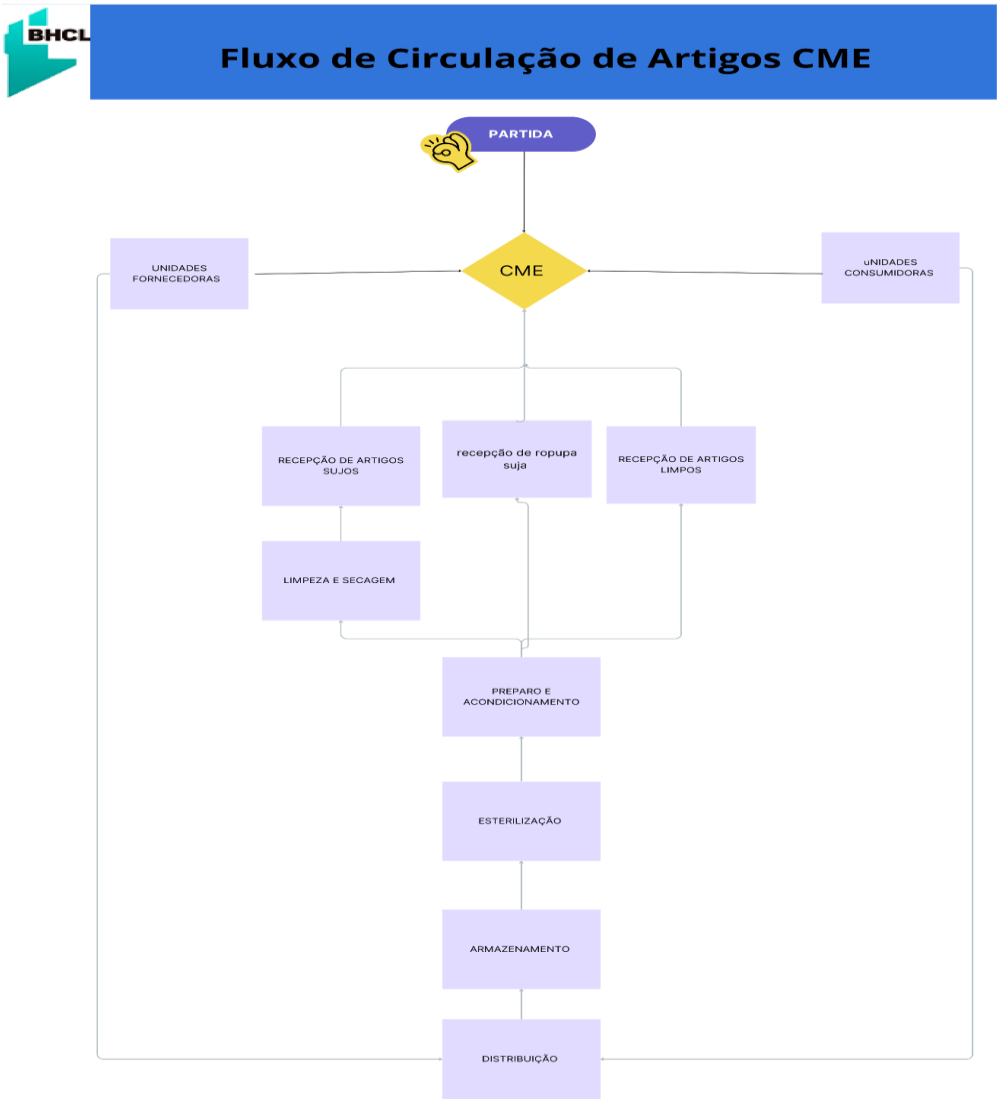
Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.

Finalidades

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material da Unidade de Saúde que requeira esse procedimento.
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem.
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote.
- Interagir com o Sala de procedimentos para a preparação do instrumental necessário à realização das pequenas cirurgias do dia e das emergências (se necessário).
- Analisar mensalmente estatística do serviço realizado.
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental.
- Identificar o instrumental com as iniciais da Unidade de Saúde.
- Não permitir que entrem na sala de procedimentos, instrumentais que não sejam esterilizados no CME da Unidade.
- Elaborar e colocar em prática o Manual de Organização da CME, específico para o Serviço.

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente tão importante quanto à assistência direta realizada pela equipe de enfermagem que atende aos pacientes nas unidades assistenciais. O cuidado de enfermagem, realizado por esses profissionais, se materializa em um ambiente distante do paciente, mas intimamente relacionado com o cuidado direto, uma vez que é dotado de complexidades, tecnologias e saberes específicos em prol da segurança do paciente, contribuindo para uma assistência livre de danos e agravos à saúde e, consequentemente, para a qualidade da assistência prestada pela instituição

Fluxo de Circulação de artigos na CME



CME deve ser dividida em, no mínimo, 03 (três) áreas. descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem.

Descontaminação

Deverá existir uma barreira física. O fluxo será unidirecional, evitando-se o cruzamento de materiais e não estéreis. A área de estocagem deverá ter acesso limitado de pessoas.

De acordo com a RDC n° 50 (ANVISA, 2.004), as atribuições e atividades da prestação de serviço de apoio técnico desta Unidade, são.

- Área de lavagem e descontaminação.
- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido.
- Desinfetar e separar os materiais.
- Verificar o estado de conservação do material.
- Proceder a limpeza do material.
- Encaminhar o material para a área de preparo.

Área de preparo de materiais

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

Área de esterilização

- Executar o processo de esterilização na autoclave, conforme instruções do fabricante.
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves.
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados.
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.
- Área de armazenagem e distribuição de materiais de material esterilizado.
- Estocar o material esterilizado
- Proceder à distribuição do material à Unidade
- Registrar a saída do material.

De acordo com a RDC n° 50, os processos desenvolvidos são:

a) Limpeza, que consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização.

As limpezas automatizadas, realizadas através das lavadoras termodesinfectora, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos instrumentais pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos materiais com lumens.

b) Descontaminação: processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

c) Desinfecção: processo de eliminação e destruição de micro-organismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos materiais e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldehídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

d) Preparo: as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.

e) Esterilização: processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um material ou instrumental é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1 em 1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de materiais no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Processos Físicos

a) Calor Seco, que é um processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas. De acordo com Moura (1.990), a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta "pontos frios", nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª edição – 2.007, pág. 78).

b) Vapor saturado sob pressão, que é um processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.

c) Autoclavagem pré-vácuo, que é um processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.

Observação: todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após checklist realizada pelo auxiliar de enfermagem da área.

d) Processos Químicos e Físico-químicos. esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria n° 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.

Validação dos processos de esterilização de artigos, que é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistente e fornecer produtos cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana.

Controles que serão realizados para checagem do processo de esterilização.

- Testes Químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

- Testes Biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Controle que implementaremos para a qualidade do ar.

Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microrganismos para as demais áreas.

Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

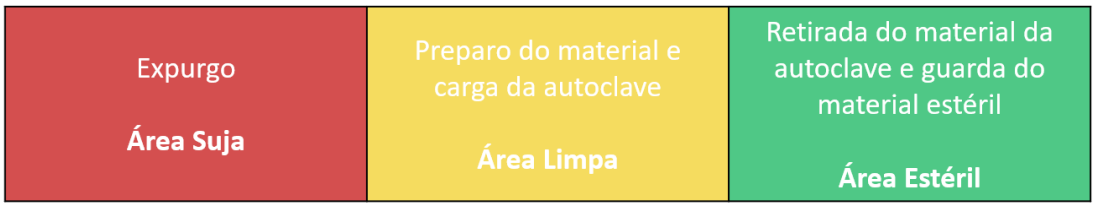
Embalagem

Serão utilizados os seguintes materiais:

- Papel grau cirúrgico.
- Papel crepado.

Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC n° 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

Fluxo unidirecional de materiais (RDC 50)



Para que o fluxo unidirecional seja estabelecido é necessário que haja barreira física entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada e guarda de material estéril).

A circulação dos profissionais entre as áreas deve ser restrita, evitando que o profissional escalado para o expurgo circule nas áreas limpa e estéril, assim como o inverso também deve ser evitado.

Manutenção

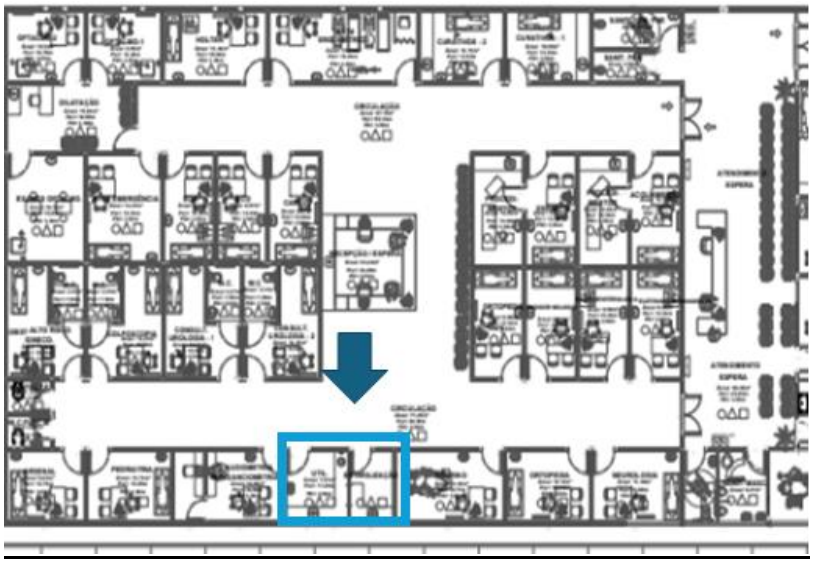
Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia Clínica e Manutenção da Unidade. O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada.

Serviço da CME

Os serviços de esterilização dos materiais podem ser terceirizados.

Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Planta da estrutura física da CME da Policlínica

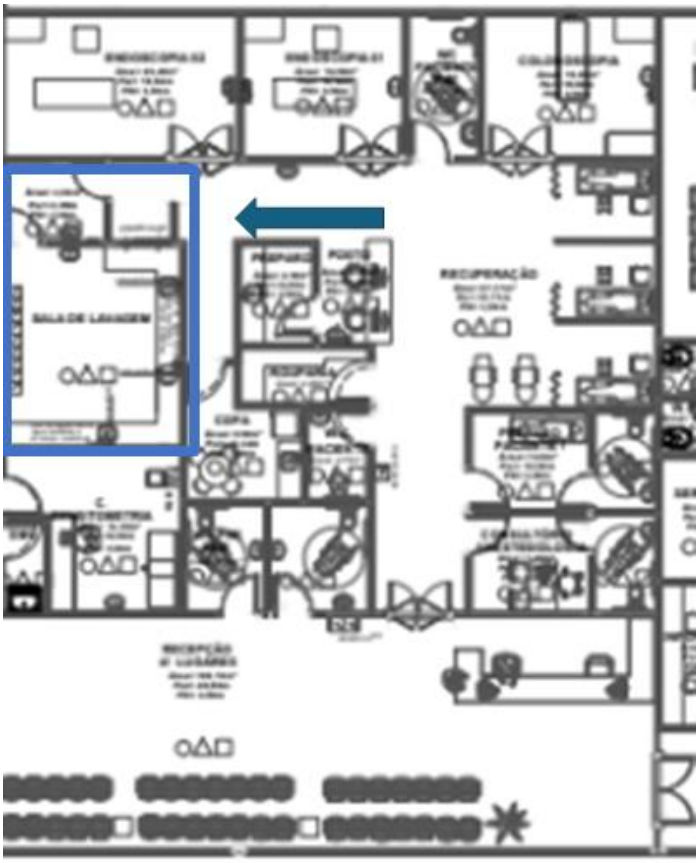


Se tratando da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis uma unidade de saúde que promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade, em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo a população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas, os itens relacionados aos serviços, serão os itens esterilizáveis cotidianamente no âmbito de um serviço de atenção secundária.

Em um aspecto de tanto relevo como o CME da Policlínica cabe alguns apontamentos teóricos que se refletirão na gestão do mesmo por essa proponente.

Ressalta-se que a unidade tem uma Área específica para realização dos exames de Endoscopia e Colonoscopia que fica no pavilhão à direita da entrada principal da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e neste local há um setor reservado para a realização da Desinfecção destes equipamentos (que não ocorre na CME).

Planta física da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis- Setor de Endoscopia e Colonoscopia



Em destaque está a área do setor de endoscopia e colonoscopia que realizada a desinfecção adequada destes equipamentos.

Desinfecção:

É o método usado para destruição de micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa (não esporulada). Reprocessa os artigos não críticos ou semicríticos visando garantir o reuso seguro.

Fatores que interferem na desinfecção: limpeza prévia, presença de carga orgânica e/ou inorgânica, o tipo e nível de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida, a configuração do produto para saúde, o pH, a dureza da água.

A desinfecção subdivide-se em três níveis:

• Desinfecção de Alto Nível – Destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. O enxágue deve ser feito preferencialmente com água estéril e manipulação asséptica.

• Desinfecção de Nível Intermediário – Viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose. Não destrói esporos.

• Desinfecção de Baixo Nível – É capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, não tem ação contra os esporos, vírus não lipídicos nem contra o bacilo da tuberculose. Tem ação relativa contra os fungos.

NÍVEL	AGENTE QUÍMICO	APLICAÇÕES
Alto	• Ácido Peracético • ortophitalaldeido	lâminas de laringoscópio, equipamentos de terapia respiratória, material de anestesia e endoscópios.
Intermediário	• Hipoclorito de sódio • Álcool	materiais inalatórios, macronebulização, nebulização, umidificadores e outros.
Baixo	• Álcool 70%	termômetros, bandejas, cubas, comadres, piriquitos e outros.

Esterilização

É um processo que visa destruir todas as formas de vida com capacidade de desenvolvimento durante os estágios de conservação e de utilização do produto. Conservar é manter as características do produto durante a vida útil de armazenamento (vida de prateleira) à temperatura ambiente.

A esterilização é o processo pelo qual micro-organismos são mortos a tal ponto que não se possa mais detectá-los no meio-padrão de cultura em que previamente os agentes haviam proliferado.

É considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos, químicos ou físico-químicos.

• Métodos Físicos - Calor (autoclave ou estufa) ou Radiação Ionizante;

• Método Químico – Agentes químicos;

• Método Físico-Químico - Meio físico (calor) em associação com agentes químicos.

Área de Recebimento e Expurgo:

É a área que recebe todo o material proveniente dos vários setores da unidade de saúde, e ainda que sejam contaminados biologicamente, devem ser conferidos na sua chegada.

A execução da limpeza ou descontaminação ocorre nesse local.

• Limpeza é o processo que visa à remoção de sujidade visível (orgânicos e inorgânicos) e, por conseguinte, a retirada da carga microbiana. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos odonto-médico-hospitalares.

No expurgo é ideal a manutenção de duas pias. Numa realiza-se a limpeza em outra o enxágue dos materiais

Há duas maneiras de se realizar a limpeza dos artigos, manual ou automatizada:

• A limpeza manual é o procedimento de remoção da sujidade e dos detritos para manter em estado de asseio os artigos. É executada por meio de fricção com escovas macias e do uso de soluções de limpeza. Não se deve usar lã de aço, pois causa ranhuras na superfície dos instrumentais, além de desprender resíduos que podem gerar pontos de ferrugem.

• A limpeza automatizada é desenvolvida por meio de equipamentos (lavadora ultrassônica, lavadora esterilizadora, lavadora termo desinfetadora, lavadora de descarga, lavadora pasteurizada e lavadora de túnel que operam em diferentes condições de temperatura e tempo.

Área de Preparo e Acondicionamento na Policlínica

Nessa área, os artigos odonto-médico-hospitalares limpos são inspecionados, selecionados, empacotados e identificados para posterior esterilização.

Essa atividade tem como objetivo oferecer aos profissionais que utilizarão o artigo esterilizado, a segurança e o conforto de ter na mão o material completo, na sequência necessária e em perfeitas condições de uso. Este local deve ser amplo o suficiente para abrigar a quantidade e a diversidade dos artigos da instituição, sendo subdividida de acordo com o tipo de artigo a ser preparado.

Todo material ao chegar à área de preparo e acondicionamento, deve ser inspecionado quanto à sua funcionalidade, limpeza e integridade. Em seguida, os artigos são acondicionados em diferentes tipos de caixas e embalagens, de acordo com a padronização e métodos de esterilização existentes na Policlínica.

Os invólucros garantem a esterilidade do artigo, devendo ser compatíveis com o método adotado e livre de resíduos tóxicos. Podem ser de papel grau cirúrgico, crepado, filme transparente, tyvec, caixas de metal etc. Como exemplo, a equipe de enfermagem da sala de preparo, avalia a qualidade (integridade) do material, confere a quantidade de instrumentais na caixa de acordo com a identificação e o protocolo de caixas de instrumental e essa segue para o empacotamento.

Área de Armazenamento e distribuição

Essa área tem por finalidade centralizar o armazenamento de todos os artigos reprocessados ou reesterilizados para serem distribuídos às unidades consumidoras.

A preservação da esterilidade dos artigos é o objetivo principal nessa área.

• Os pacotes devem ser manuseados quando estiverem completamente frios antes de serem estocados ou removidos do carro esterilizador.

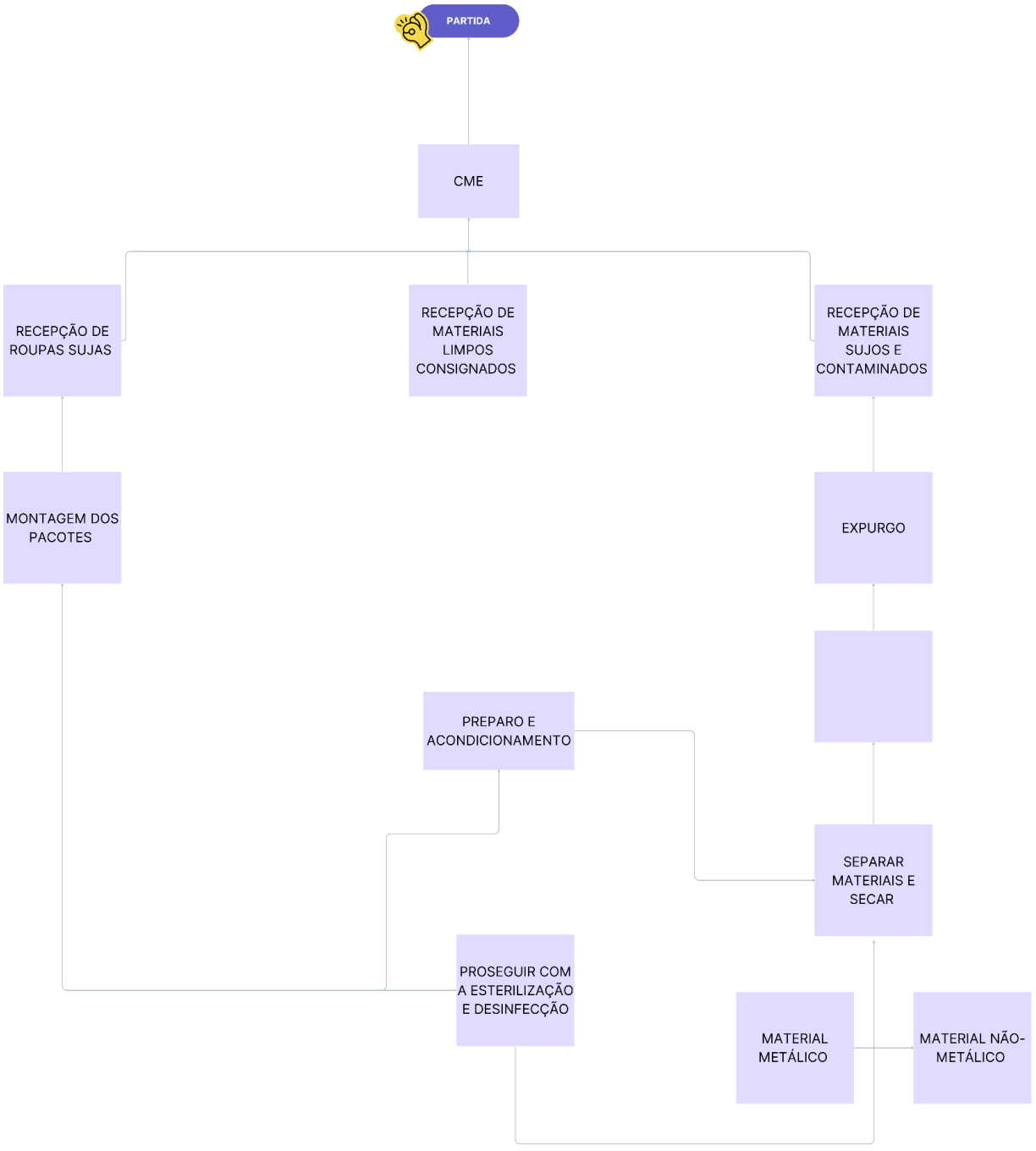
• A área deve ser projetada de tal forma que não permita, no momento da distribuição, o cruzamento de artigo estéril com artigo não-estéril.

• Deve ser fechada e possuir sistema de renovação de ar.

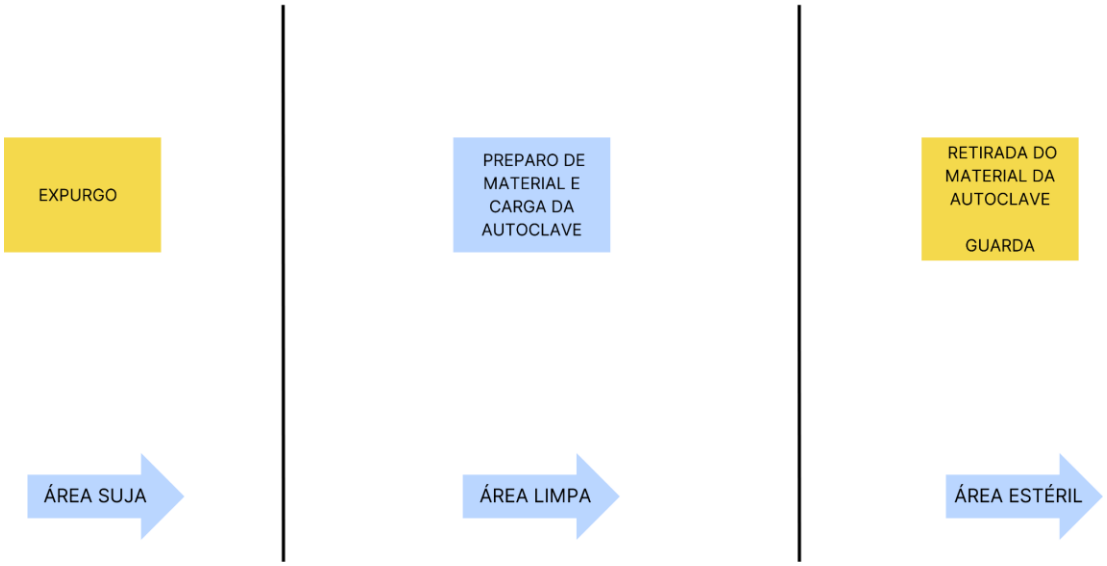
• A temperatura ambiente deve ser mantida entre 18 e 22ºC e a umidade relativa entre 30 a 60%. A importância de se manter um local com uma temperatura relativamente mais baixa e o controle da umidade, justifica-se microbiologicamente que, aliado ao aumento da temperatura no meio ambiente e a umidade, favorece o crescimento de microrganismos.

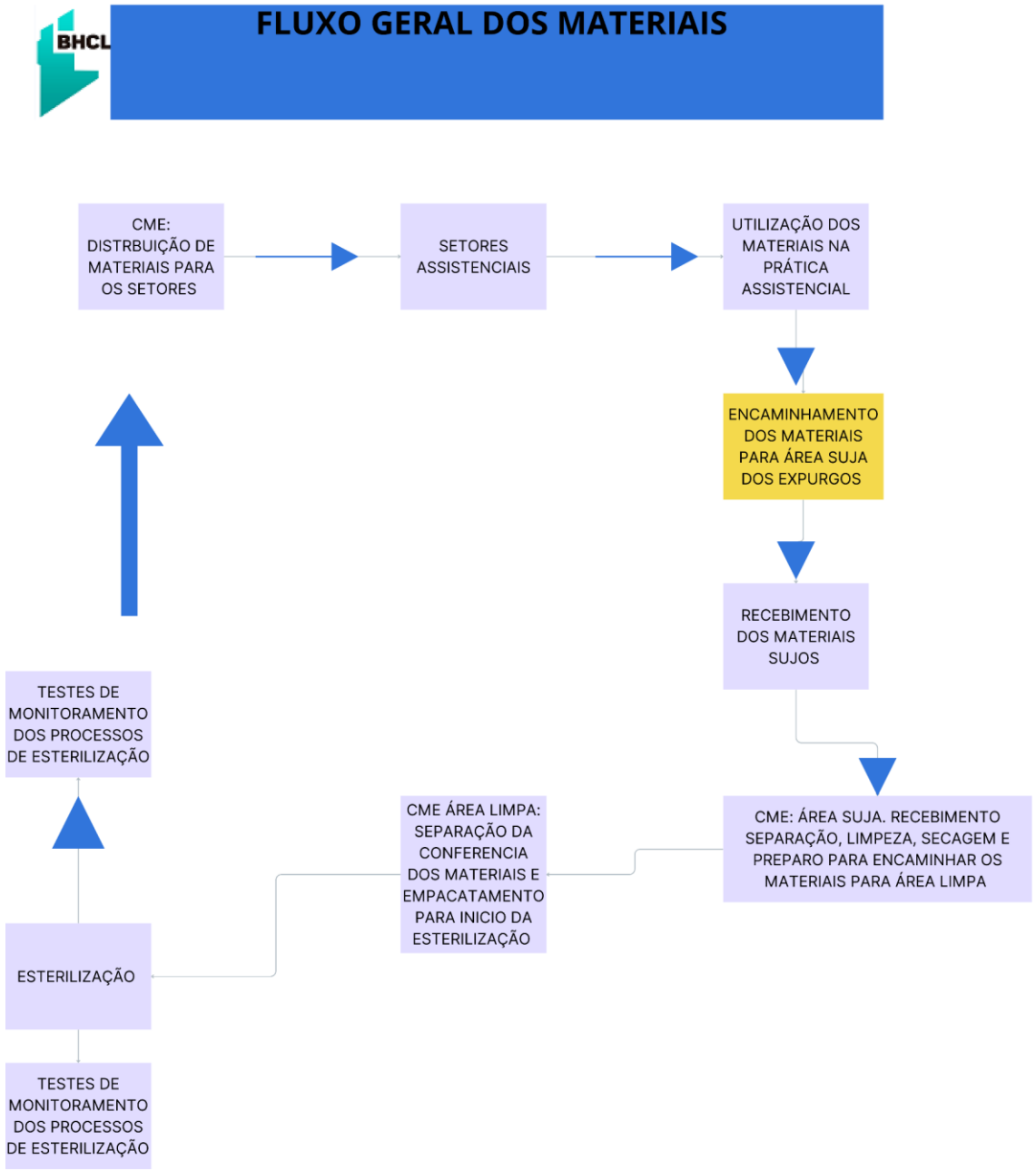
A distribuição de materiais como última etapa do reprocessamento, é feita de acordo com a necessidade das unidades consumidoras, atentando para a liberação dos materiais com embalagens íntegras e dentro do prazo de validade da esterilização e desinfecção de cada material.

Fluxo de Chegada de Materiais para desinfecção na CME



PROPOSTA DE FLUXO GERAL





3.1.4 Fluxo unidirecional para roupas

Introdução

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverá ser planejada, instalada, organizada e controlada com o rigor dispensado às demais unidades.

A roupa limpa é indispensável ao funcionamento eficiente de uma unidade de Saúde. A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas as unidades. Vale ressaltar a importância da lavanderia dentro do complexo hospitalar, pois da eficácia de seu funcionamento depende a eficiência do hospital, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

- ✓ Controle das infecções;
- ✓ Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- ✓ Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- ✓ Racionalização de tempo e material;
- ✓ Redução dos custos operacionais.

Descrição do Processo

Processamento Geral das Roupas

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição.

Remoção da Roupa suja da Unidade Geradora

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

O saco hamper deve ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, onde foram utilizadas, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

Coleta da Roupa suja na Unidade Geradora e Transporte

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes.

A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar).

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo sua capacidade, permitindo assim o fechamento total da tampa.

Processamento da Roupa na Área Suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- Pesagem: etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

- Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos hampers (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas sem apertar para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, materiais perfurocortantes e outros resíduos sólidos.

- Na área suja da Lavanderia a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

- A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com o grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.
- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

Processo de Lavagem

Antes do início do processo de lavagem, a roupa é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

Processamento da Roupa na Área Limpa

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Observação: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

Transporte e Distribuição da Roupa Limpa

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Particularidades

a) Roupas provenientes de pacientes contaminados

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes contaminados.

b) Roupas provenientes de nutrição e panos de limpeza

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

c) Esterilização das roupas

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

d) Responsabilidades da equipe de enfermagem:

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% de sua capacidade, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte.

Colocar dois hampers em locais em que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper.

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso.

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comuns).

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia.

A coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário.

O funcionário da lavanderia identifica os sacos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor.

Observação: A rotina de identificação dos sacos hamper de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados e como não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, deve ser solicitado sempre que necessário

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presentes nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nos diferentes setores da Unidade de Saúde.

É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada setor, para possibilitar o controle de estoque

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nos setores aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa

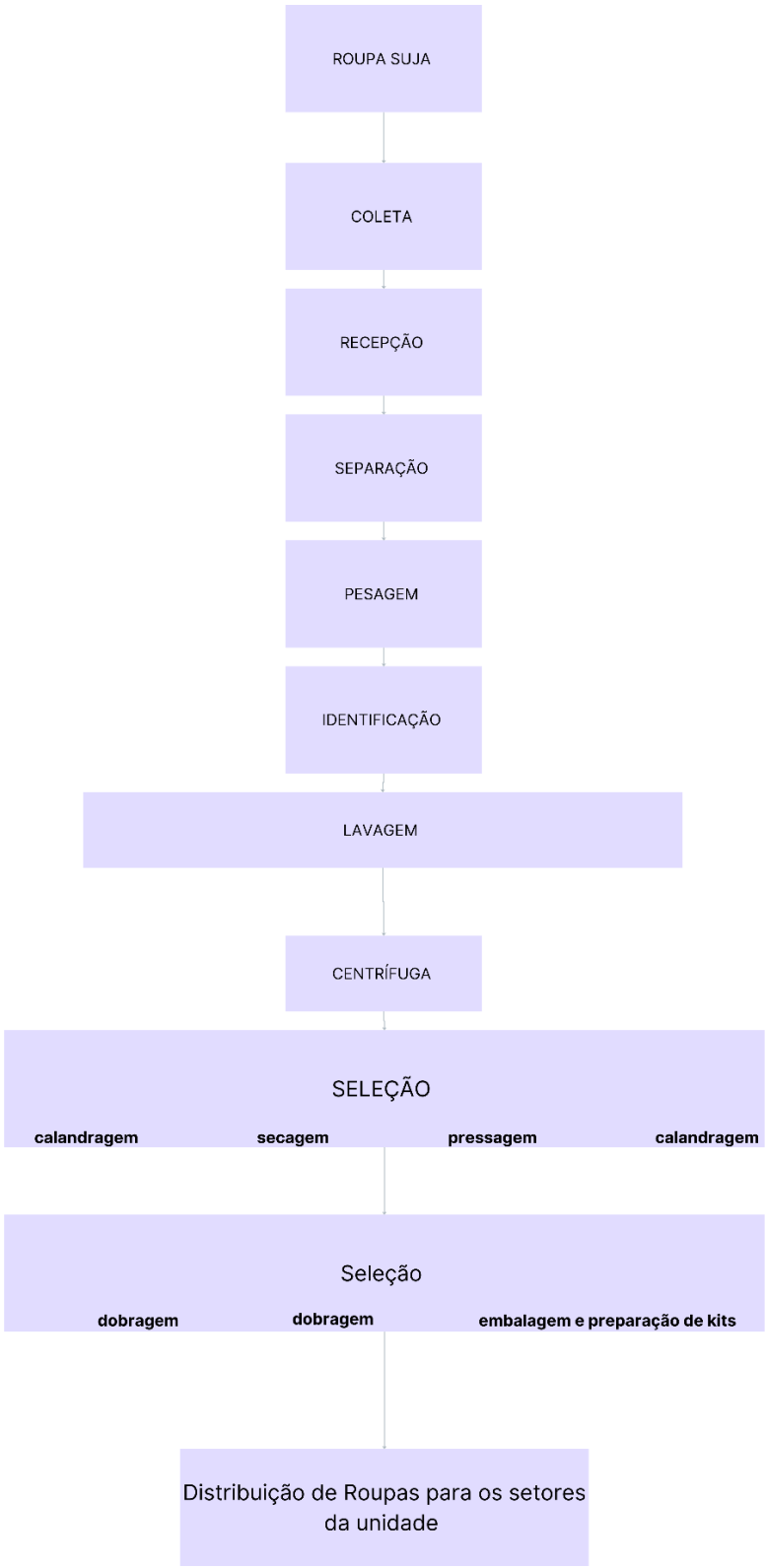
Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas

No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

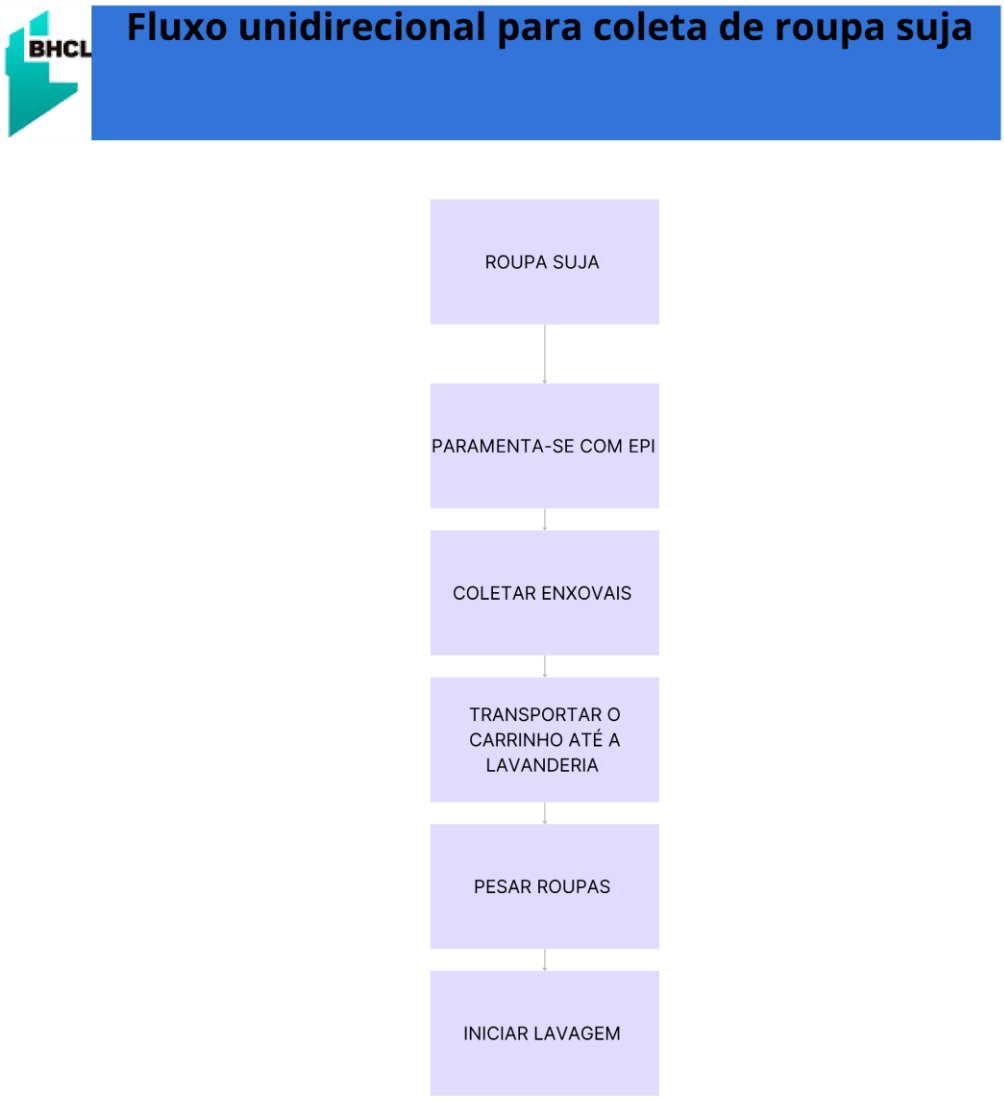
Observação: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da contaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE ROUPAS



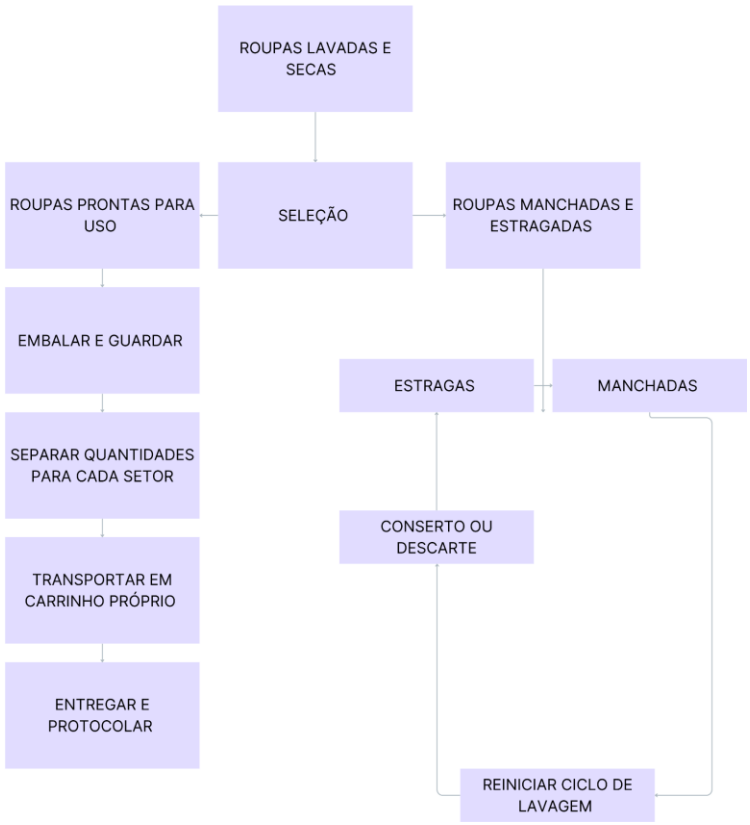
Observação: a fase de seleção das roupas envolve a avaliação da condição delas, e se necessário, separá-las para costura, descarte ou retorno para nova lavagem.



Fluxo Unidirecional para distribuição de roupas limpas

Na rouparia, o auxiliar de lavanderia acondiciona as roupas embaladas e distribui para os setores, conforme demanda.

Fluxo Unidirecional para distribuição de roupas limpas



ATENÇÃO:

Em análise a planta da unidade, bem como na visita in loco é possível perceber que a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis não conta com espaço específico de lavanderia. Todavia, trata-se o presente item de uma exigência do edital de chamamento.

Deste modo, em que pese a presente apresentação, essa proponente almeja, mediante autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, em observância sobretudo à atuação para minimização de riscos de contaminação, utilizar itens, na sua integralidade, descartáveis, evitando assim a necessidade de lavanderia e mantendo custos de modo equiparado.

Tais itens ficariam acomodados, na sala adequada, localizada provavelmente na ala esquerda da unidade, próxima às salas de endoscopia e colonoscopia.

3.1.5 Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

Os resíduos de serviços de saúde requerem atenção especial dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema "fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde" assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a segurança, a manutenção da saúde e vida e a sustentabilidade ambiental.

No Brasil, cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos de serviços de saúde.

Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos criado por colaboradores da BHCL e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde. O procedimento de recolhimento dos resíduos hospitalares sempre contemplará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, final, sempre obedecendo às normas da ABNT e legislação vigente.

A Classificação de Resíduos deverá seguir RDC 222 de 28 de março de 2018, ou legislações que a substitui.

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) têm por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas. São compostos de óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental impermeável ou não, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros, fachadas e outros.

Os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) têm por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. É composto de placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas, andaimes e outros.

Estrutura dos setores assistenciais

A utilização de lixeiras "hospitalares" específicas é fundamental pelos seguintes motivos:

1. **Prevenção de infecções:** Resíduos de saúde podem conter patógenos perigosos. Lixeiras hospitalares seladas e projetadas para evitar vazamentos ajudam a reduzir o risco de infecções cruzadas.

2. **Conformidade regulatória:** Normas rigorosas governam o manuseio e a disposição de resíduos hospitalares. Utilizar lixeiras adequadas ajuda a manter a conformidade com essas regulamentações.
3. **Segurança dos funcionários:** Profissionais de saúde que manuseiam resíduos hospitalares precisam de soluções seguras e práticas para evitar acidentes e exposições indesejadas.
4. **Proteção ambiental:** O descarte inadequado de resíduos hospitalares pode causar danos ao meio ambiente. Lixeiras hospitalares apropriadas contribuem para a preservação ambiental.

A escolha da lixeira hospitalar certa depende das necessidades e dos tipos de resíduos gerados pela instituição de saúde. Aqui estão algumas considerações importantes:

1. **Volume de Resíduos:** a quantidade de resíduos produzidos diariamente para escolher lixeiras que comportem a capacidade adequada.
2. **Segurança:** segurança dos funcionários e pacientes, escolhendo lixeiras que minimizem o risco de exposição.
3. **Conformidade Normativa:** regulamentações locais e nacionais que regem o descarte de resíduos hospitalares e escolha lixeiras que atendam a essas normas.
4. **Higiene:** modelos que facilitem a higienização e manutenção regular.
5. **Tipo de Resíduos:** variedade de resíduos gerados e escolha lixeiras específicas para resíduos cortantes, químicos ou resíduos comuns.
6. **Durabilidade:** lixeiras de qualidade que resistam ao uso intensivo.

Ante o exposto acima, **ressaltamos que todas as lixeiras** existentes atualmente na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, serão avaliadas e se necessário substituídas. O tamanho, quantidade por setor e identificação das lixeiras, seguirá o volume de resíduos gerados por cada unidade e normativa legal vigente.

Estrutura de operação

Para a realização desta atividade serão necessários carros para limpeza, equipamentos e os equipamentos de proteção individual, conforme a criticidade da área e local a ser higienizado.

Todo transporte do material biológico deverá ser realizado em conformidade com as normas de segurança biológica. Será coletado internamento os resíduos provenientes da assistência e execução de outras atividades, como as provenientes de laboratório de análises clínicas, **em lixeiras apropriadas com tampa, pedal e identificação** (sinalização) de acordo com Grupos de Resíduos (RESOLUÇÃO RDC ANVISA nº. 222/18 e RESOLUÇÃO CONAMA nº 358/05).

Grupo A – Resíduos Biológicos (potencialmente infectante);

Grupo B – Resíduos Químicos;

Grupo C – Resíduos Radioativos;

Grupo D – Resíduos Comuns;

Grupo E – Materiais Perfurocortantes.

A BHCL acredita que o estabelecimento de normas e protocolos compete não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados nas Instituições, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

Figura. Segregação e acondicionamento adequado dos resíduos

Fonte: Manejo de resíduos hospitalares, CE, 2019

Classificação

De acordo com a Resolução RDC nº 222 de 2018, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise etc.).

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade,

corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc.).

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de Medicina Nuclear e Radioterapia). Esses resíduos não são gerados na Unidade.

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos etc.).

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.)

Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação

Grupo A3: As peças anatômicas serão registradas e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas - guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas.

Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Grupo A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento,

identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento, guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor azul.

D1: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do Município, em recipientes identificados com a inscrição-COMUM.

D2: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo:

- **Azul: papéis**
- **Amarelo: metais**
- **Verde: vidros**
- **Vermelho: plástico**
- **Marrom: resíduos orgânicos**
- **Cinza: Não recicláveis**

*Serão disponibilizados recipientes para coleta seletiva de resíduos recicláveis em pontos estratégicos de cada setor, de acordo com a demanda e tipo de resíduo gerado.

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição – PERFUROCORTANTE - e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97, da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas juntamente com as seringas, sendo PROIBIDO o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 222, de março de 2018, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Quantitativo de lixeiras nos setores da Policlínica.

Setores	Média de resíduos por dia em KG	Capacidade da lixeira em kg	Frequencia de coleta no dia	Quantidade de lixeiras por setor
Ambulatório de Oftalmologia	1,00	10	1	1,0
Fisioterapia	4,00	10	1	2,0
Sala de pequenos Procedimentos	3,00	10	1	2,0
Sala de curativo	3,00	10	1	2,0
Unidade móvel de Prevenção	3,00	10	1	2,0
Ultrassonografia	12,00	10	1	2,0
Tomografia	2,00	10	1	2,0
Radiologia	3,00	10	1	2,0
Mamografia	14,00	10	1	2,0
Laboratório de análises clínicas	23,00	50	1	5,0
Hemodiálise	50,00	50	2	6,0
Endoscopia	33,00	10	1	4,0
Ecocardiograma	2,00	10	1	2,0
Colposcopia	11,00	10	1	2,0
Colonoscopia	8,00	10	1	4,0
Holter	7,00	10	1	2,0
Eletrocardiograma	7,00	10	1	2,0
Higiene e Limpeza	5,00	10	1	2,0
Farmácia central	7,00	10	1	2,0
Ambulatório de Enfermagem - triagem	4,00	10	1	2,0
Ambulância	2,00	10	1	1,0

Fechamento dos Sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza da unidade.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

Coleta e Transporte interno

O Transporte Interno consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Esse transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos colaboradores e da população.

A coleta será realizada pela equipe do Setor de Higienização e Limpeza, devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A3: Serão coletados de acordo com a demanda. Após a coleta dos cestos, os resíduos serão transportados em carros conforme especificações: tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido com cantos arredondados e dotados de tampas com sistema de abertura sem contato manual.

O transporte interno de resíduos será realizado de acordo com o fluxo definido pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza.

Serão padronizados, para o transporte, recipientes separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum – carro marrom.

Tratamento Prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou danos ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5 , receberão tratamento prévio.

Armazenamento Externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os Resíduos Recicláveis Grupo D - D2 serão armazenados em depósito apropriado até serem revendido.

Coleta e Transporte Externo

A Coleta e o Transporte externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas

que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis, é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

- Grupos A, B e E: realizada a cada dois dias, de segunda à sábado, às 10:00h.
- Grupo D: Resíduo Comum: realizado às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, às 22:00h.

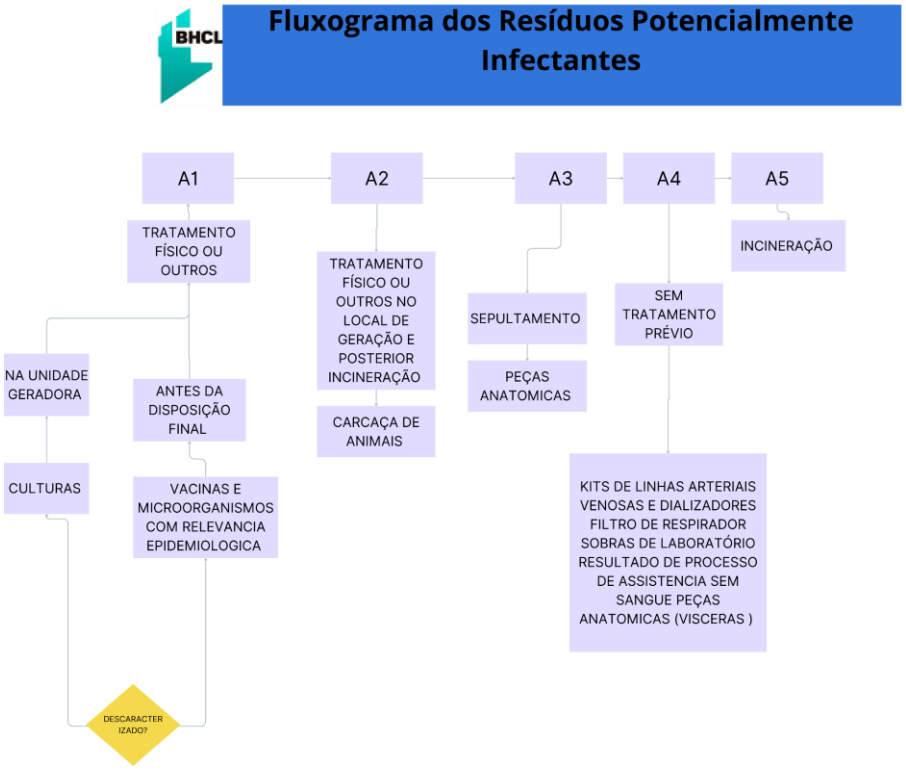
Figura. Ciclo de Resíduos

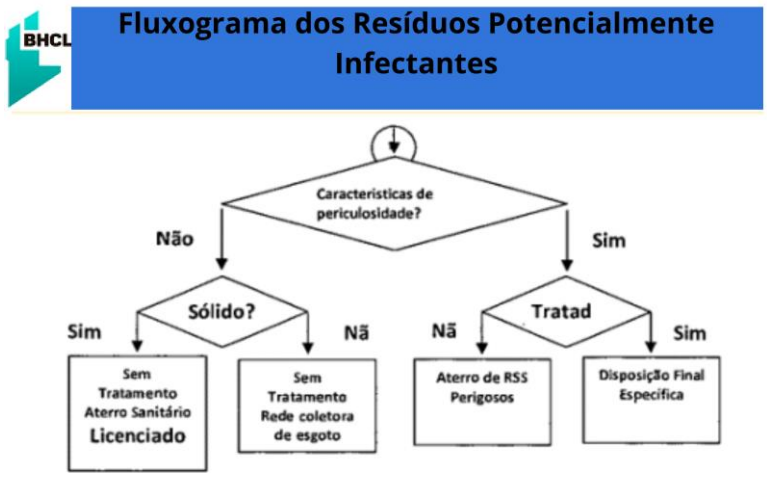
Fonte: Horizonte Ambiental, 2023

Disposição Final

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

O fluxo proposto para o recolhimento e acondicionamento dos RSS está apresentado na figura a seguir.





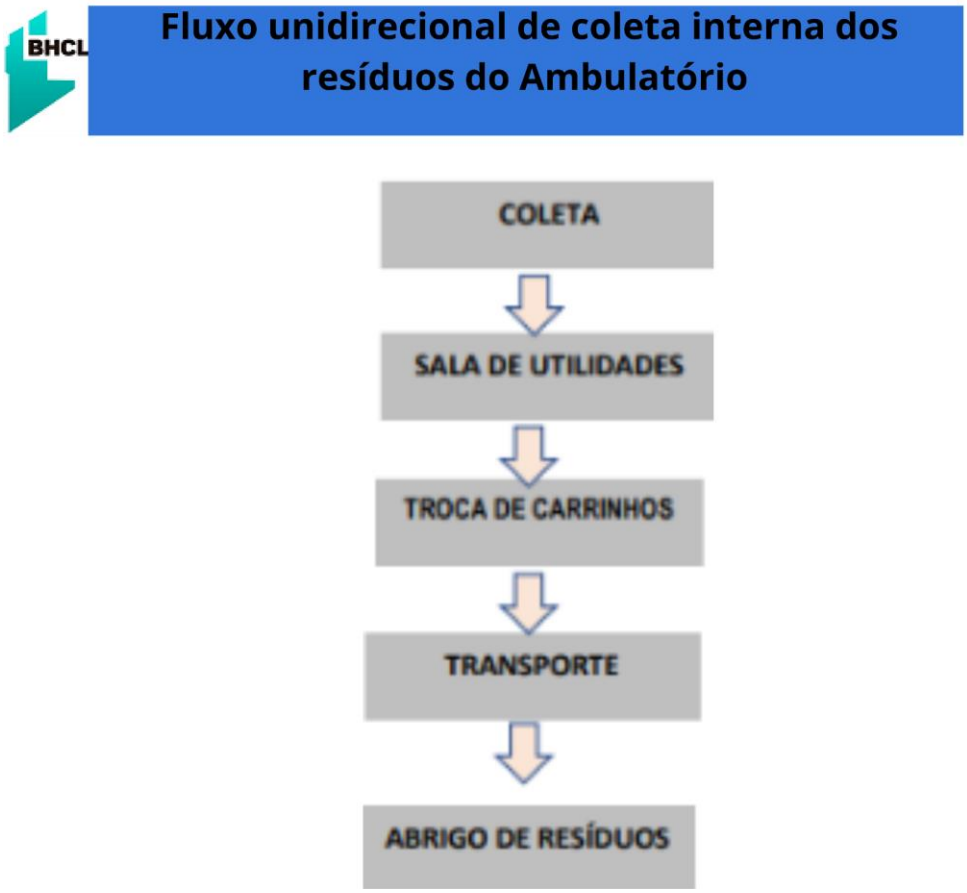
AMBULATÓRIO:

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Ambulatório.

É necessário primeiramente que a coleta se inicie nas lixeiras do ambulatório e transportá-los até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, de três a quatro vezes por período, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré estabelecidos para distribuição de alimentos, distribuição de medicamentos/materias, os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis



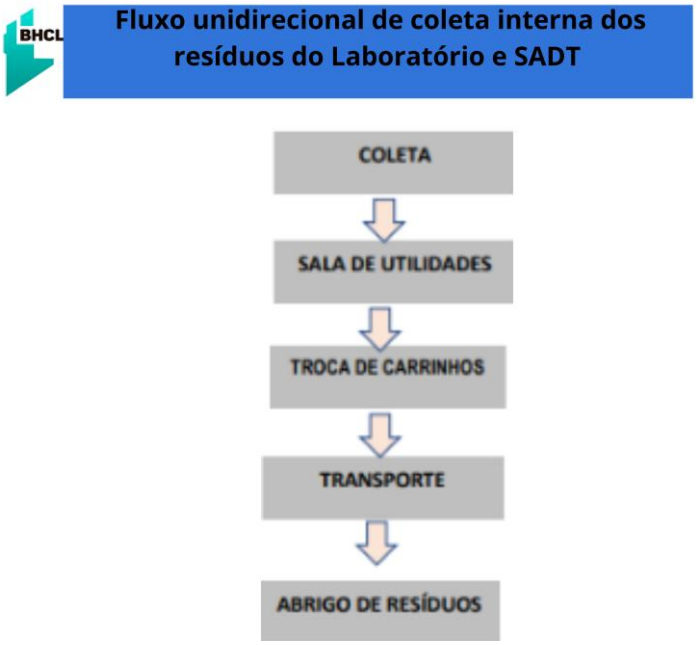
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO E LABORATÓRIO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no SADT e Laboratório.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie nas lixeiras e depois transportá-los até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de alimentos, distribuição de medicamentos/materiais,os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis



FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS EXTERNAMENTE NA POLICLÍNICA

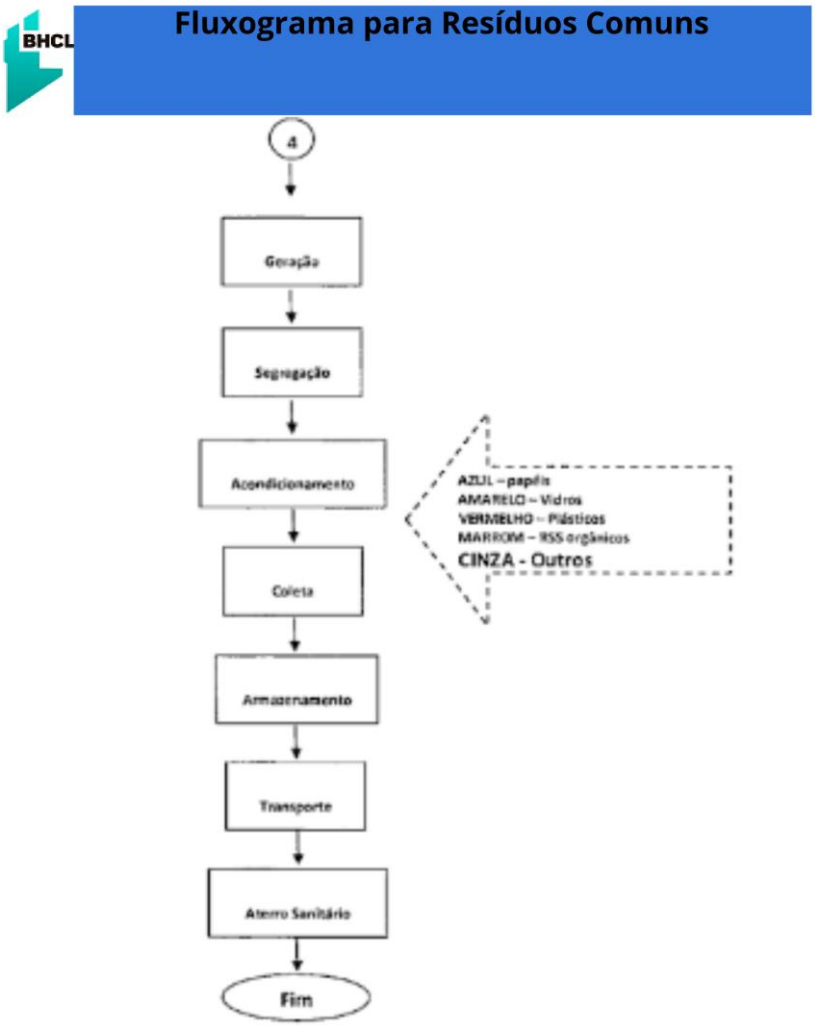
Coleta externa de resíduos de serviços de saúde é aquela realizada de maneira a retirar do abrigo externo de resíduos na Policlínica removê-los até a sua destinação final.

Imprescindível que seja utilizado de técnicas que busquem preservar os colaboradores, a população e o meio ambiente em seus aspectos físicos, observando-se sempre as normas, regulamentações e orientações gerais dos órgãos de limpeza.

No que se refere aos resíduos dos grupos A, B, D e E da Policlínica, uma empresa terceirizada (contratada em observância aos aspectos legais e princípios da Administração Pública), deverá realizar diariamente a sua coleta.

A Resolução nº 237/1997 do CONAMA regulamenta o licenciamento ambiental, a fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente dos sistemas de tratamento externo dos resíduos de serviços de saúde.

A incineração térmica é um processo de tratamento térmico a uma temperatura que varia de 800 a 1200ºC, reduzindo o peso e volume através da combustão controlada. As cinzas geradas nesse processo são encaminhadas para Aterros Licenciado Classe I e poderá ocorrer quando for o caso.



Horários de Execução dos Serviços:

Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza;

- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;

- Oportunamente, antes do início das atividades na Unidade, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCIH.

3.2 Implantação da Gestão

3.2.1 Implantação da Logística de Suprimentos

O serviço de estoque e logística caracteriza-se pela operação do almoxarifado incluindo o suporte à farmácia e a distribuição de produtos para saúde e medicamentos para as áreas demandantes, além da disponibilização de mão de obra, equipamentos, mobiliário, tecnologias e suprimentos para realização da atividade.

As Unidades de saúde devido a sua complexidade desempenham um papel fundamental na saúde da população, pois além de garantir a qualidade e satisfação dos serviços prestados (viés social), precisam fazê-los de forma sustentável, utilizando os recursos públicos de forma eficiente (viés econômico), sem causar danos aos sistemas naturais (viés ambiental). Para tanto, os gestores devem buscar constantemente uma gestão sustentável, podendo incorporá-la especialmente no gerenciamento da cadeia de suprimentos.

A cadeia de suprimentos pode ser definida como o ciclo de vida dos processos e compreende os fluxos físicos, informativos, financeiros e de conhecimento, que têm por objetivo satisfazer os requisitos do consumidor final com a entrega de serviços ou produtos. Sendo também definidas como sequências verticais de transações interdependentes que agregam valor ao consumidor final.

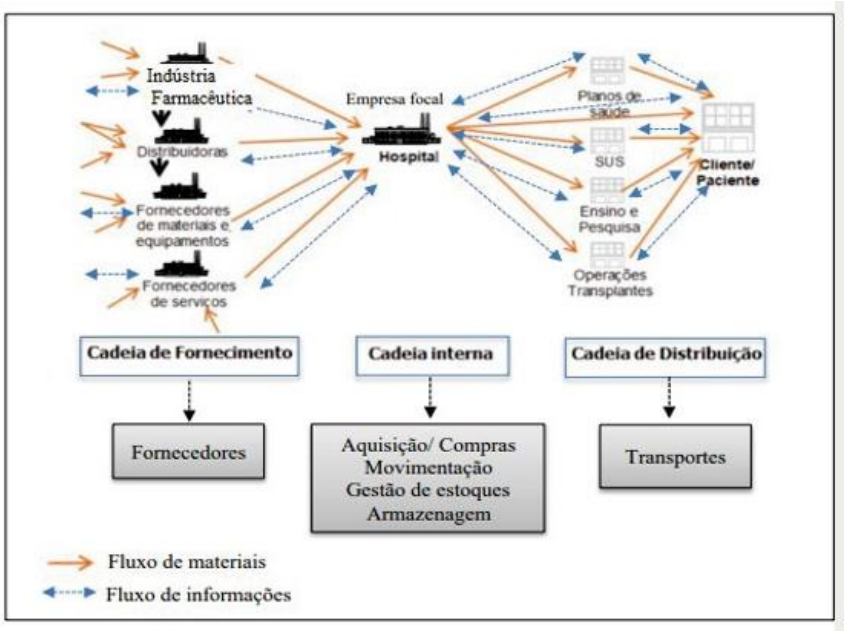
A teoria e a prática do gerenciamento da cadeia de suprimentos foram recentemente atingidas por um novo paradigma emergente: o gerenciamento sustentável da cadeia de suprimentos. Apesar dessa tendência ser irreversível, levará algum tempo até que as organizações e as cadeias de suprimentos possam mudar seus modelos de operações.

Neste contexto, a gestão de suprimentos se torna fundamental para o desempenho da organização, sendo um estímulo para incorporar a sustentabilidade em sua gestão. Um dos serviços da cadeia de suprimentos que tem sido desenvolvido na incorporação da sustentabilidade é a atividades de compras, que realiza a seleção de produtos e fornecedores alinhados ao conceito de sustentabilidade, tais como: promover a cidadania, observar o ciclo de vida do produto e a sua composição, comprar somente o necessário, a fim de evitar desperdícios, dar preferência para empresas éticas, produtores locais, com certificado de qualidade ou processos menos degradantes

para o meio ambiente.

Considerando uma gestão integrada da cadeia de suprimento de uma unidade de saúde é necessário estabelecer todos os elos da cadeia, assim constituída de cadeia de fornecimento, cadeia interna da empresa focal e cadeia de distribuição, conforme demonstrado na figura a seguir.

Figura. Cadeia de suprimento e atividade logística



A cadeia interna, por sua vez, tem a Policlínica como centro das operações logísticas, tais como recebimento, movimentação, armazenagem e gestão de estoque e a cadeia de distribuição corresponde às organizações que gerenciam a prestação de serviços, como plano de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), e os próprios usuários dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Das atividades desenvolvidas na cadeia de suprimentos, a gestão de compras, que se refere ao processo de compra de todos os materiais e/ou produtos (medicamentos, materiais médicos, Equipamento de Proteção Individual – EPI *etc*.) necessários para a organização de saúde oferecer o serviço aos seus pacientes. Geralmente, os lotes de compras são definidos com base na previsão de demanda advinda do histórico de atendimentos, além da observação da quantidade de materiais que há no estoque (NETO *et al*, 2022).

O processo de compras é iniciado no momento em que é definida a ordem de compra, que deve conter as seguintes informações: "o que se deve comprar, a quantidade, o prazo de entrega, local de entrega e, em alguns casos especiais os prováveis fornecedores" (DIAS; LABEGALINI; CSILLAG, 2012, p.282). Quando da definição do que comprar, inicia-se os processos de realizar pesquisas de mercado junto aos fornecedores, analisar propostas, analisar os custos indiretos,

negociar com fornecedores, criar e manter o cadastro dos fornecedores, cadastrar os materiais, autorizar o fornecimento ou pedido, acompanhar os pedidos, manter arquivado o catálogo de materiais e apresentar relatórios de desempenho específicos da área (CHRISTOPHER, 2018).

Os relacionamentos entre os fornecedores e compradores vêm sofrendo mudanças e especialistas afirmam que as alianças, parcerias e ações colaborativas estão se tornando cada vez mais comuns. A capacidade de se sobressair em relação à concorrência e atender os clientes da melhor forma possível, também está intimamente ligada ao fato da boa relação com fornecedores da organização. "A capacidade das organizações em atender as necessidades de seus clientes depende cada vez mais da qualidade dos produtos e serviços das empresas contratadas. Cresce, portanto, a necessidade de fornecedores bem qualificados" (VIANA; ALENCAR, 2012, p. 1).

Ao trabalhar criteriosamente a seleção dos fornecedores, a organização consegue alcançar a redução de custos e obter vantagem competitiva.

Segundo o *Council of Supply Chain Management* (CSCMP, 2021) são considerados fatores relevantes que afetam o desempenho da cadeia de suprimentos:

- Integração: diz respeito à colaboração estratégica com os parceiros da cadeia de suprimentos a montante e a jusante, considerando as atividades de suprimentos, fabricação e distribuição;
- Coordenação: gerenciamento dos fluxos de produtos, serviços, pessoas e informações nos diversos níveis de gestão, envolvendo os diversos membros da cadeia;
- Alinhamento de objetivos: ter compartilhado com os demais membros da cadeia de suprimentos o mesmo objetivo e foco no atendimento aos clientes;
- Relacionamento com clientes: conjunto de processos para o gerenciamento das reclamações e sugestões, construção de relacionamentos de longa duração e satisfação do cliente;
- Parceria estratégica com fornecedores: relação de longo prazo com fornecedores para compartilhamento otimizado de informações e construção de confiança;
- Práticas *Lean*: voltadas para a eliminação de desperdícios e eficiência interna;
- Princípios *Just in Time*: são baseados na produção puxada, ou seja, impulsionada a partir da demanda e com estoque reduzido;
- Estratégia de suprimentos: envolve seleção estratégica de fornecedores, alinhamento estratégico e planejamento de longo prazo;
- Compartilhamento de riscos e recompensas: distribuição justa dos riscos, custos e benefícios entre os membros da cadeia de suprimentos, visando o benefício coletivo e a longo prazo.

Quadro. Dimensões de desempenho com os respectivos indicadores selecionados

Desempenho	Indicador

Benefícios econômicos	Rotatividade de estoque
	Valor de estoque perdido, expirado ou excedente
	Custo de transporte
	Ciclo de caixa
	Tendência dos preços
	Despesas operacionais
Cliente (SIPOC)	Número de reclamações dos profissionais da assistência
	Gestão e previsão da demanda
	Taxa de atendimento de pedidos
	Entrega no prazo
	Tempo de resposta a solicitações
	Acuracidade das respostas
	Qualidade de produtos e serviços
Processos Internos	Disponibilidade de estoque
	Redução de desperdício
	Precisão do inventário e visibilidade
	Entrega nos setores no horário certo
	Capacidade do local de armazenamento
	Taxa de precisão da separação

Fornecedores	Segurança de provisionamento
	Conformidade do pedido
	Aquisição eletrônica
	Avaliação do fornecedor
	Confiabilidade de entrega
	% de retorno do fornecedor
	% de linha de faturas contenciosas
	Processamento de pedido
	Compras emergenciais
Aprendizagem e inovação	Investimento em sistemas (TI)
	Investimento em capacitação e desenvolvimento de competências
	Percentagem de profissionais capacitados
	Pesquisa de clima - satisfação do trabalhador
	Rastreabilidade de produtos de saúde
	Disponibilidade para compartilhamento de informações
	Liderança da alta direção
	Comprometimento dos profissionais
	Padronização de produtos e processos

Descrição dos Serviços

O serviço de estoque e logística será responsável pela operação do almoxarifado e da farmácia, locais de execução das atividades de recebimento, conferência, inspeção, armazenamento e controle, registro e expedição de medicamentos, produtos para saúde e demais materiais, além de

oferecer suporte ao departamento de gestão de suprimentos. A logística dos materiais envolve desde o recebimento no almoxarifado e farmácia central até a expedição deles às áreas demandantes.

Segundo descrição abaixo:

Setores	Funções e Operações
Almoxarifado	Operação integral (*); Recebimento, armazenagem e expedição; apresentação de relatórios de controle. Gestão de Estoque Otimizada
Centro de Controle Operacional	Sistema de gestão de informações e controle de indicadores; Disponibilização de informações e relatórios;
Expedição	Movimentação dos materiais e medicamentos entre setores; Abastecimento das farmácias; Controle via sistema;

(*) A operação integral se resume a:

1. Receber e conferir os materiais;
2. Lançamento de Notas Fiscais;
3. Guardar, controlar e conservar os materiais armazenados de forma adequada;
4. Registrar e controlar as requisições dos materiais por setor;
5. Lançar a movimentação de requisição e entrega de material;
6. Realizar a baixa no estoque das requisições atendidas;
7. Arquivar as restrições de solicitações e entrega;
8. Notificar a gerência quanto a irregularidades no setor;
9. Garantir o estoque mínimo;
10. Emitir relatórios de solicitação e consumo;
11. Fazer balanço mensal do estoque;
12. Garantir o acesso restrito ao almoxarifado.

Farmácia

Os medicamentos são produtos diferenciados e de suma importância para melhora da saúde do paciente. Para se ter sua garantia, deverá ser armazenado em local apropriado, desde a fabricação até o destino. Desta forma, as condições de distribuição, transporte e armazenamento desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos. Sendo assim, é fundamental que a aquisição, programação, armazenamento e distribuição tenham a qualidade e a racionalidade necessárias, para disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

Toda a atividade relacionada ao fracionamento de sólidos e líquidos, diluição e preparo de injetáveis, dose unitária, ou seja, toda a atividade que envolva a manipulação dos produtos em sua embalagem primária para fins de preparo antes da dispensação ao paciente.

Recebimento de Mercadorias

As farmácias precisam ser estruturadas para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação;
- Controle de Estoque.

Localização

A localização da farmácia deve estar localizada em função da logística de distribuição, ou seja, possuir localização estratégica em relação às alas de saúde que serão abastecidas.

Recebimento

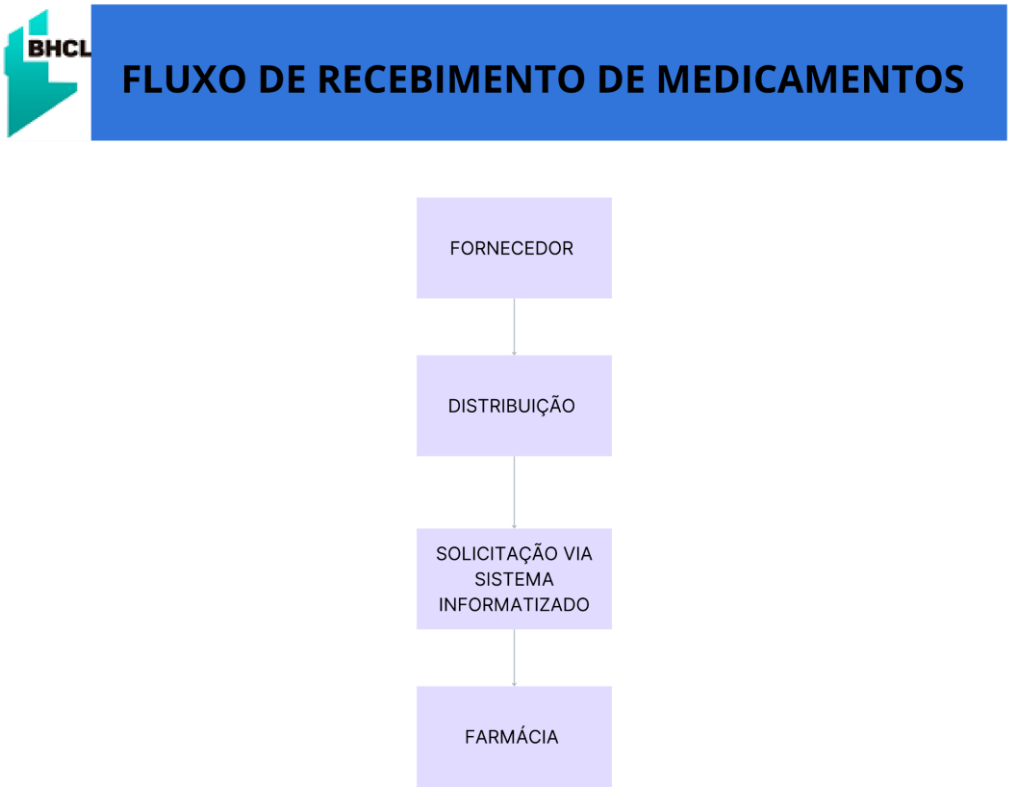
Será verificado se os medicamentos, no ato da entrega, estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade.

No ato do recebimento, cada produto será examinado, seguindo as rotinas descritas abaixo:

- Conferir a Nota Fiscal, ordem de fornecimento;
- Verificar os padrões de qualidade relacionados à embalagem, data de validade, lote, temperatura, aspecto geral;
- Carimbar e assinar a Nota Fiscal;
- Verificar se o número do lote e a quantidade estão de acordo com a Nota Fiscal;
- Não escrever ou rasurar o documento original;
- Medicamentos não deverão ser entregues com validade inferior a um ano;
- Medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica: apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote e validade), não deverão ser recebidos;
- No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deverá ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;
- Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas;
- Não será permitido o recebimento sem documentação e registrar qualquer irregularidade

comunicando o superior imediato, conforme orientações.

Fluxo.: Recebimento dos medicamentos



Armazenamento

No armazenamento, estes medicamentos devem ser devidamente etiquetados e identificados, sendo que o serviço de farmácia terá a responsabilidade de reembalar e etiquetar todas as doses de medicamentos que serão usados na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Este serviço será feito dentro da farmácia sob supervisão do Farmacêutico.

Os medicamentos a serem fornecidos estarão apresentados nas seguintes formas farmacêuticas: Comprimido, Cápsula, Pastilha, Drágea, Pó para reconstituição, Gotas, Xarope, Suspensão, Ampola, Frasco-ampola, Creme, Solução, Loção, Pomada, Emulsão, Aerossol, Gel, Solução e Suspensão injetável.

Os medicamentos serão armazenados em local ventilado/climatizado e adequado, conforme Normas da Vigilância Sanitária Local. Estarão dispostos em prateleiras ou pallets sendo que as prateleiras estarão protegidas da luz.

M*edicamentos com controle especial* – terão uma área reservada para armazenamento, devendo atender as exigências da legislação sanitária específica. As entradas e saídas destes medicamentos deverão ser registradas em formulário próprio sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Medicamentos termolábeis – deverão ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio da temperatura recomendada pelo fabricante sendo que as retiradas destes medicamentos deverão ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura.

Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (S.D.M.D.U.) para o Setor de Hemodiálise e Setor Endoscopia/colonoscopia da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Conceito:

"É uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas para serem ministradas ao paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período". (Garrinson, 1979)

Objetivos:

- ✓ Dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa
- ✓ Fidelidade das doses (rotina de checagem das prescrições médicas);
- ✓ Interações medicamentosas, reações adversas e outras causas podem ser verificadas;
- ✓ Acondicionamento dos fármacos pode ser estudado considerando-se o tipo de acondicionamento ao qual estão submetidos na "dose unitária";
- ✓ Proporcionar a administração hospitalar um sistema de distribuição de medicamentos que seja financeiramente viável;
- ✓ Oferecer recursos ao Farmacêutico para melhor integrar-se a equipe de saúde.

Rotina Operacional:

A rotina operacional é cíclica e, portanto, deve ser vista como um processo dinâmico. Cada passo tem sua importância não devendo haver atropelos, sob pena de interromper o processo em qualquer fase que se encontre.

Médico: Prescreve na folha de prescrição médica (duas vias).

Técnico de Enfermagem: Retira do prontuário as cópias (segundas vias) das prescrições médicas

Funcionário da Farmácia: Vai ao Setor de Hemodiálise e recolhe:

- Cópias (das segundas vias) das prescrições.
- Receitas utilizadas para a retirada de medicamentos dos armários de urgências do setor.
- Doses unitárias não ministradas.

Técnico em Farmácia prepara:

- Doses unitárias.
- "Bandejas" contendo os medicamentos a serem repostos nos armários com medicamentos de urgência (de acordo com as receitas).
- As etiquetas das doses unitárias e revisa as receitas rubricando-as (para identificar quem preparou e/ou aviou as doses e receitas, respectivamente).

Farmacêutico:

- Verifica se as doses unitárias preparadas estão de acordo com as segundas vias das prescrições médicas.
- Faz ou supervisiona o controle de estoque e registra as receitas de psicotrópicos ou entorpecentes, de acordo com a legislação vigente.
- Analisa o perfil farmacoterapêutico do paciente.
- Efetua ou supervisiona a reposição dos medicamentos utilizados nas urgências.

Técnico de Enfermagem:

- Recebe e confere as doses unitárias e faz a reposição dos medicamentos utilizados na urgência no setor da Hemodiálise.
- Reintroduz as segundas vias das prescrições nos prontuários (se for o caso).

Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem:

- Ministra as doses unitárias.

O sistema centralizado será utilizado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e adaptado à realidade da unidade.

A) Sistema Centralizado:

As doses são preparadas na Farmácia e dali são distribuídas para os setores demandantes. Pelo fato da centralização, o controle de estoque e a supervisão da preparação das doses, pelo Farmacêutico, ficam mais contundentes.

Condições Básicas para um bom S.D.M.U.D.:

Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (Comissão de padronização de Medicamentos).

Fluxo. Armazenamento

Controle de Estoque

Tem por objetivo manter informações confiáveis sobre níveis de movimentação física e financeira de estoques necessários para atendimento da demanda, evitando assim a superposição ou desabastecimento.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Passar informações precisas ao setor de suprimentos a fim de garantir a regularidade do abastecimento;
- Ter procedimentos operacionais de rotinas impressos;
- Manter registro nas movimentações de estoque e manter o controle de arquivo dos dados organizados e visualizados.

Ferramentas para previsão de estoque

Para manter um dimensionamento correto dos estoques, com regularidade no abastecimento, será utilizado:

- Consumo médio mensal – soma do consumo de medicamentos de determinado período dividido pelo número de meses da sua utilização;
- Solicitação de medicamentos poderá ser feita pela Curva ABC, sendo que medicamentos da curva A poderão ser solicitados para 60 dias e curva B e C serão solicitados para 30 dias.
- Estoque mínimo – quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender em determinado período de reposição de cada produto;
- Estoque máximo – quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva,
- Tempo de reposição – tempo decorrido entre a solicitação de compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do medicamento.

Novos pedidos serão feitos quando atingir o ponto de requisição, que corresponde ao nível de estoque que ao ser atingido indica a necessidade de ressuprimento.

Distribuição

A distribuição deverá suprir as necessidades seguindo um cronograma de reposição evitando atrasos e desabastecimentos.

- Será estabelecido e divulgado o fluxo de cronograma da distribuição;
- Distribuição em quantidade corretas com qualidade;
- Transporte adequado;
- Controle da distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;
- A distribuição deverá obedecer à regra do primeiro que expira é o primeiro que sai – sistema PEPS.

Rastreabilidade

Com o intuito de garantir segurança para o controle destes medicamentos será implantado sistema de código de barras, o qual permite rastrear todos os medicamentos e materiais utilizados.

Os medicamentos recebem a etiqueta de código de barras no processo inicial do armazenamento; que está interligado ao sistema operacional que lê o código e identifica o produto; além da garantia de rastreabilidade há ganhos de segurança no que tange ao controle de estoque,

agilidade da operação e desenvolvimento de relatórios de gestão de medicamentos.

A operacionalização da logística de suprimentos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será realizada em sua totalidade de maneira informatizada utilizando um Sistema de Gestão, onde será possível, em tempo real, acompanhar e controlar, o consumo por unidade e quais os pontos de ressuprimento de estoque necessários.

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes na Policlínica de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

- ✓ Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos;
- ✓ redução de compras;
- ✓ Redução de perdas;
- ✓ Otimização dos recursos humanos;
- ✓ Redução de saldo imobilizado em inventário;
- ✓ Maior segurança do paciente;
- ✓ Maior agilidade no abastecimento e consequentemente redução de sub estoques.

A implantação da logística de suprimentos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis perpassa pelas seguintes Fases:

Fase 1: Análise do perfil da Policlínica - etapa na qual o gestor e equipe devem realizar o estudo do perfil de atendimento da unidade, analisando tópicos como as especialidades que serão atendidas, os fornecedores de referência, os equipamentos necessários, as modalidades de fornecimento praticada, os insumos de maior imprescindibilidade, bem como o consumo em valor e volume.

Fase 2: Análise e adequação da estrutura física (se necessário) - tal fase definirá 3 (três) importantes etapas da implantação da logística de suprimentos:

• Tipo de arranjo físico atual e melhorias propostas (se aplicável), que abrangem o layout da área de armazenagem, a disposição dos materiais no estoque, fluxo de movimentação de mercadorias e pessoas, tipo de equipamento de movimentação a ser utilizado, local de armazenagem de insumos específicos (controlados, inflamáveis, alto custo, termolábeis etc.);

• Análise das estruturas de armazenagem atuais e verificação da necessidade de adequação destas, definindo o tipo de estrutura que propiciará a otimização do espaço, a movimentação eficiente, menor custo de estocagem e maior segurança de armazenagem;

• Identificação do estoque associada aos tópicos anteriores, pois é realizada para otimização da rotina de trabalho, contribuindo com a identificação dos materiais e dos pontos principais do

estoque, tais como área de recebimento, separação, quarentena, salas administrativas etc.

Fase 3: Instalação de sistema de gestão informatizado para gerir o estoque e realizar reposição de insumos de maneira assertiva e eficiente, mantendo os estoques sem exageros (o que implica alto custo) e sem faltas (o que compromete a segurança das pessoas).

Fase 4: Levantamento e solicitação de equipe necessária para atuação no serviço, considerando o método de trabalho adotado.

Fase 5: Elaboração de documentos de procedimentos, rotinas e apoio do serviço logístico, bem como dos fluxos de trabalhos propostos.

Fase 6: Levantamento da estimativa inicial de insumos e equipamentos, sendo esta fase realizada por uma equipe multiprofissional que deverá estimar o quantitativo e especificar os insumos e equipamentos necessários para o atendimento da rotina dos serviços. Destaca-se que, para melhor assertividade, nesta fase, deve se utilizar banco de dados existente, contendo produtos, equipamentos e relatórios de consumo de unidades similares.

Fase 7: Solicitação inicial de insumos e equipamentos, a qual deve ser formalizada via sistema, embasada no levantamento multiprofissional e análise técnica dos relatórios. Vale destacar que deve ser acordado com os vencedores do certame a entrega fracionada dos insumos iniciais, visando a otimização de recurso com a entrega e faturamento em conformidade à efetiva demanda da Unidade.

Fase 8: Capacitação da equipe, abordando os seguintes temas:

- Normas aplicáveis a insumos e equipamentos;
- Rotinas e fluxos do serviço;
- Boas práticas de armazenagem;
- Utilização das ferramentas de trabalho (softwares, plataformas etc.);

Fase 9: Recebimento inicial dos insumos e equipamentos. Destaca-se a importância de acompanhamento do profissional solicitante para conferência da conformidade do insumo e/ou equipamento.

Cabe à logística de suprimentos o planejamento da aquisição dos bens e serviços, utilizando-se de ferramentas de gestão e gerenciamento de estoque. Para tal, uma análise dos relatórios fornecidos por esses sistemas deverá ser feita pelo solicitante, visando garantir o ressuprimento e estoques coerentes à real demanda, evitando-se rupturas de estoque. Sua otimização é alcançada apoiando-se em relatórios de consumo de gestão institucional e adotando-se ferramentas da gestão de materiais, sempre que cabível, estoque mínimo, estoque máximo, lote econômico de compras, dentre outras, atendendo ao requisito da economicidade preconizado pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

3.2.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade

A seguir, apresentamos a proposta para Regimento Interno para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e que será adequado à realidade local.

CAPÍTULO I
DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é uma Unidade de Saúde da Secretaria de Saúde, regendo-se pelas normas gerais da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º Para os fins deste Regimento Interno a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis será administrada pela Beneficência Hospitalar Cesário Lange - BHCL, pessoa jurídica de direito privado, com sede no Estado de São Paulo.

§ 2º Na gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a BHCL observará, além das normas gerais do SUS e as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável.

Art. 2º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis,localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás.

Art. 3º Fica eleito o foro desta Comarca de Goiânia, da capital do Estado de Goiás.

TÍTULO II
DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO
CAPÍTULO II
DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Art. 4º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é uma Unidade de Saúde que tem por finalidade básica a promoção de ações assistenciais ligadas à área da saúde, assim como o desenvolvimento das seguintes atividades, dentre outras:

- A prestação de serviços médicos de média complexidade em apoio diagnóstico e orientação terapêutica, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação da SES/GO, sendo referência para todo o Estado de Goiás, é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades.
- Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e

oferta de pequenos procedimentos; promove serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas como: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Médico Clínico e outros profissionais de Nível Superior: Biomédico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, odontólogo, dentre outros.

- Atua no desenvolvimento das atividades da Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento ao Usuário; na produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos; na pesquisa e produção de produtos que visem à melhoria da qualidade de vida do beneficiário do atendimento; no exercício de atividades, seja no campo médico, multiprofissional e social; na promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia de consulta diagnóstica em contando com participação de outros órgãos Estaduais, municipais e regionais de assistência à saúde; na elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.
- A promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia do atendimento na atenção especializada, contando com participação ativa da Atenção Básica na assistência à saúde.
- A elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.

Art. 5º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, faz parte da Rede de Atenção de serviços de saúde e será gerenciada em parceria com a BHCL.

Art. 6º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis integrará a rede organizada de Atenção Especializada do Estado de Goiás.

Art. 7º A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, faz parte do complexo de unidades ambulatoriais de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades da rede estadual de Goiás visando assistência à saúde de referência e contra referência, com gestão por meio de Organização Social .

Art. 8º A A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, atenderá preferencialmente toda a Macrorregião Sudoeste.

Art. 9º No desempenho de suas atribuições institucionais a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, sob a gestão da BHCL, atenderá as determinações da Secretaria Estadual da Saúde de Goiás estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela

Secretaria Estadual de Saúde.

CAPÍTULO III
DOS OBJETIVOS

Art. 10. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, tem por objetivos gerais:

- Gerenciar, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, assegurando a busca permanente pela excelência na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao BHCL.
- Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, de acordo com a demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação do Estado de Goiás, sendo referência para todo o Estado de Goiás, nos serviços de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades: Cirurgia Vascular, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.
- Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde.

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 11. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em atendimento de média complexidade em apoio diagnóstico e orientação terapêutica. Com atendimento de especialidades como: nos serviços de Anestesiologia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.

Art. 12. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é uma unidade de média complexidade em apoio diagnóstico e orientação terapêutica que atuará de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial.

Art. 13. A Assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico de pacientes ambulatoriais, de forma a proporcionar um tratamento de excelência aos usuários, ou até a necessidade de referenciá-lo.

Art. 14. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, integrada com os órgãos de saúde, procurará desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas.

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 15. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, poderá constituir-se em campo de ensino prático, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde, conforme diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 16. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, desenvolverá programas de educação em serviço, para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Gestão da Policlínica, aprimorando a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS

Art. 17. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo aos métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pela Diretoria/Gerência responsável pela área envolvida na pesquisa e pela Alta Gestão, segundo as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

DA MANUTENÇÃO

Art. 18. A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será mantida com recursos oriundos de:

- Dotações orçamentárias atribuídas pelo Estado.
- Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos.
- Outros recursos que porventura lhe sejam destinados.

TÍTULO III
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 19 A Administração da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será composta de: Assembléia Geral dos Associados da BHCL, Conselho de Administração da BHCL, Diretoria

Executiva da BHCL e Diretoria/Gerência/Coordenação da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

CAPÍTULO IV
DA ASSEMBLEIA GERAL DOS ASSOCIADOS DA BHCL

Art. 20 A Assembleia Geral dos Associados da BHCL máximo de deliberação, resultante da reunião dos associados, convocada na forma do Estatuto, com poderes para deliberar sobre todos os assuntos e tomar as providências que julgar convenientes à sua defesa e ao seu desenvolvimento.

Art. 21 Caberá à Assembleia Geral:

- Zelar pelo cumprimento do presente estatuto e deliberar sobre qualquer alteração.
- Eleger ou indicar, quando lhe couber, membros do conselho de administração e, ainda, destituí-los.
- Deliberar sobre as contas, os balanços e os relatórios da diretoria executiva.
- Julgar em instância superior os recursos interpostos das deliberações do conselho de administração.
- Exercer qualquer poder não expressamente atribuído a outro órgão.
- Deliberar sobre o destino a ser dado ao patrimônio da BHCL no caso de dissolução, extinção ou desqualificação, observadas as especificidades estatutárias.

Parágrafo Único. As demais condições de existência e funcionamento da Assembleia Geral são objeto de detalhamento no Estatuto da BHCL.

CAPÍTULO V
DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA BHCL

Art. 22 O Conselho de Administração da BHCL é Órgão Colegiado de decisão superior do instituto.

Art. 23 Ao Conselho de Administração compete:

- Fixar o âmbito de atuação da instituição, conforme legislação vigente.
- Aprovar o programa de investimentos e o orçamento geral da instituição.
- Aprovar o Regimento Interno, que disporá, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e as respectivas competências.
- Aprovar, por maioria de no mínimo dois terços de seus membros, o regulamento, contendo os procedimentos para contratação de obras, serviços, compras e alienações. O regulamento, contendo os procedimentos para obtenção de Recursos Humanos. e o plano de cargos, salários e benefícios.

- Aprovar a proposta do contrato de gestão da entidade.
- Aprovar e encaminhar à entidade supervisora os relatórios gerenciais dos contratos de gestão e de atividades da instituição.
- Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas.
- Autorizar a realização de operações de crédito.
- Autorizar a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a doação de bens móveis, pertencentes ao patrimônio exclusivo da instituição.
- Solicitar, quando necessário, à diretoria executiva, meios para o exercício de suas atividades.
- Aprovar, por maioria absoluta dos membros, seu Regimento Interno.
- Convocar por maioria de seus membros, a assembleia geral.
- Deliberar sobre a exclusão de sócio, especificando seus motivos.
- Contratar e dispensar os diretores executivos.
- Fixar a remuneração dos diretores.

Parágrafo Único: O Conselho de Administração é objeto de detalhamento no Estatuto.

CAPÍTULO VI
DA DIRETORIA EXECUTIVA DA BHCL

Art. 24 A Diretoria Executiva da BHCL é órgão de administração superior, com poderes inerentes à administração e representação legal da BHCL, competindo-lhe:

- Expedir normas gerais necessárias à execução das atividades da BHCL.
- Cumprir e fazer cumprir o estatuto e as normas e deliberações da assembleia geral.
- Submeter ao conselho de administração a criação ou extinção de órgãos administrativos de qualquer nível, locais ou situados nas filiais, sucursais ou unidades outras sob a administração da BHCL.
- Realizar acordos, ajustes e contratos, inclusive os que constituam ônus, obrigações ou compromissos para a BHCL
- Encaminhar balancetes e prestações de contas para apreciação e aprovação do conselho fiscal, conselho de administração, assembleia geral e demais órgãos ou autoridades públicas a que esteja obrigado por força de comando normativo.
- Propor à assembleia geral a participação no capital de empresas, cooperativas, condomínio ou outra forma de associativismo.
- Submeter ao conselho de administração as diretrizes, planejamento e políticas de pessoal da BHCL.

- Representar a BHCL ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente.
- Movimentar, em conjunto, com o diretor financeiro os recursos financeiros da BHCL, assinando os documentos atinentes à movimentação deles, podendo delegar tais atribuições.
- Desempenhar suas atividades em harmonia com as diretorias, garantindo o pleno funcionamento da BHCL no alcance dos objetivos, finalidades e proposições emanadas da assembleia geral e do conselho de administração.

CAPÍTULO VII
DA DIRETORIA GERAL DA UNIDADE

Art. 25 A Diretoria Geral da Unidade é estrutura subordinada a Diretoria Executiva do BHCL, responsável pela administração geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

§ 1º. O titular da Diretoria Geral é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras da Unidade de Saúde.

§ 2º. O titular da Diretoria Geral é de escolha, nomeação e dispensa do Superintendente Executivo da BHCL, devendo a sua designação recair em profissional com formação universitária, preferencialmente com experiência em administração de unidade de saúde, com especialização desejável em Administração/Gestão em saúde.

§ 3º. A Diretoria-Geral da Unidade contará com a seguinte estrutura

a) Gerência Técnica;
b) Coordenação Administrativa;
c) Coordenação Assistencial;
d) Serviços de Apoio;
e) Comissões.

Serviços de Apoio

Art. 26 Os serviços de apoio poderão ser compostos por:

- Secretaria
- Planejamento Jurídico
- Auditoria
- Ouvidoria

Art. 27 É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pela preparação, registro, recebimento, distribuição e expedição de correspondências, malotes e outros, bem como pelo arquivamento geral dos documentos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, além de auxiliar o Diretor-Geral naquilo que lhe competir.

Art. 28 À Secretaria compete:

- Promover o recebimento, distribuição, expedição e o arquivamento dos expedientes assinados ou despachados pela diretoria, bem como as resoluções de reuniões e os despachos, quando for o caso.
- Registrar em livros próprios as resoluções e outros atos da diretoria.
- Divulgar, aos interessados, os atos da administração da Policlínica.
- Organizar, administrar e manter os arquivos da Policlínica
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O titular da Secretaria é um profissional, preferencialmente de nível superior, com experiência em secretaria na área.

Art. 29 É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores e pelo planejamento dos serviços da Policlínica.

Art. 30 Ao Planejamento compete:

- Acompanhar e monitorar as ações realizadas pelas áreas e empresas contratadas, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo, propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos.
- Participar, quando necessário, das reuniões da diretoria, das equipes e com as empresas contratadas, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade.
- Responder pelos subsídios, argumentos técnicos e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos.
- Traçar o posicionamento estratégico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, frente a comunidade local.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela assessoria de planejamento da BHCL.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O Serviço de Apoio de Planejamento será ocupado exclusivamente por um profissional graduado em Administração ou Economia habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Art. 31 É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza institucional, trabalhista, tributária, comercial e outras.

Art. 32 Ao Serviço de Apoio Jurídico compete:

- Acompanhar processos nas esferas administrativas ou judiciárias, promovendo a defesa dos interesses da instituição.
- Elaborar pareceres, orientar e produzir documentos, segundo as necessidades e

solicitações da administração da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, nas questões de natureza jurídica ou correlata.

- Controlar e garantir a transparência, legalidade e regularidade dos processos administrativos.
- Manter banco de dados com as alterações e atualizações da legislação vigente, pertinente à instituição.
- Auxiliar a gerência de Recursos Humanos na elaboração de cursos de capacitação e na produção de material sobre temas específicos do direito.
- Coordenar as atividades inerentes à política de controle dos contratos de prestação de serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à diretoria executiva.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela assessoria jurídica da BHCL.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Assessoria Jurídica será ocupada exclusivamente por um profissional Advogado, habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Art. 33 A Auditoria compete:

- Acompanhar e fiscalizar os processos administrativos internos apontando as inconsistências e sugerindo sua correção.
- Apoiar as ações da diretoria fiscalizando os atos praticados quanto a sua correção.
- Fiscalizar legalidade dos processos administrativos.
- Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à diretoria executiva.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela auditoria interna da BHCL.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Auditoria será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades.

Art. 34 A Ouvidoria compete:

- Receber, catalogar e tratar as reclamações, críticas e sugestões.
- Manter a diretoria informada acerca das demandas.
- Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela ouvidoria da BHCL.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Auditoria será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades.

COMISSÕES

Art. 35 As Comissões a serem formadas são:

- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética Multiprofissional;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS);
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comitê de Compliance;

Parágrafo Único. Outras comissões podem ser formadas de acordo com a necessidade, estrutura e complexidade da unidade.

DA GERÊNCIA TÉCNICA

Art. 36 A Gerência Técnica é o órgão que aplica a política técnica-ética-administrativa, traçada para a condução operacional da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Parágrafo Único. O titular da Gerência Técnica é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras e está subordinada à Diretoria-Geral da Unidade.

Art. 37 À Gerência Técnica compete:

1) Coordenar e superintender todas as atividades da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, relativas ao planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação.
2) Responder pela gestão de todos os serviços realizados na Unidade.
3) Organizar internamente o funcionamento das coordenações sob sua responsabilidade, conforme a natureza e complexidade das atividades.
4) Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O titular da Gerência Técnica é de escolha, nomeação e dispensa do Diretor Geral da BHCL, ouvido a Assembleia Geral da BHCL, devendo a sua designação recair sobre profissional médico.

Art. 38 A Gerência Técnica, quando necessário, é composta de:

- Gerencia Medica;
- Gerência Operacional de Enfermagem;
- E/ou outros cargos de coordenação e supervisão para as áreas correspondentes.

COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 39 É a estrutura subordinada à Diretoria Assistencial da BHCL e a Diretoria Geral da Policlínica, encarregada de planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades assistenciais ao paciente nas áreas preventiva e curativa, realizar e auxiliar pesquisas, colaborar com programas de ensino.

Art. 40 À Coordenação Assistencial compete:

- Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de enfermagem e Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Atender aos pacientes da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, por meio do planejamento terapêutico de enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional.
- Definir as atribuições de seu pessoal.
- Manter elevado padrão da assistência ao paciente, através do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal.
- Colaborar com as Comissões de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (CCIRAS), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações.
- Colaborar com a formação de profissionais promovendo campo de estágio para os alunos.
- Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde.
- Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.
- Outras atividades correlatas.

§ 1º A Coordenação Assistencial é preferencialmente exercida por profissional Enfermeiro de preferência com título de especialista em administração em Gestão de unidades de saúde.

§ 2º Em suas faltas ou impedimentos legais, o Coordenador Assistencial será substituído pelo Gerente Técnico, se esse não puder assumir as obrigatoriedades será substituído por um enfermeiro pertencente ao quadro da Instituição, por ele indicado e designado pelo Diretor-Geral da Unidade.

Art. 41 A Coordenação Assistencial é composta por:

- Supervisões

Da Supervisão de Ambulatório

Art. 42 A Supervisão de Ambulatório, compete:

- Recepcionar e prestar atendimento imediato aos pacientes externos para exames/consultas e tratamentos.
- Proceder às primeiras providências necessárias à preservação da vida.
- Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.
- Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos usuários da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.
- Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.
- Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.
- Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições de uso imediato.
- Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.
- Apresentar relatório mensal de suas atividades à Coordenação Assistencial.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Supervisão Ambulatorial é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Da Supervisão de CME

Art. 43 A CME é estrutura subordinada à Coordenação Assistencial destinada à recepção, limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda, distribuição e controle de materiais esterilizados, necessários às atividades da Policlínica e suas atividades serão executadas por profissional graduado em Enfermagem e Técnico de Enfermagem.

Art. 44 À Central de Materiais Esterilizados compete:

- Receber, limpar, acondicionar, esterilizar e guardar o instrumental, roupas e demais materiais que necessitem ser esterilizados.
- Preparar as caixas de instrumental para cirurgias de acordo com as listas atualizadas, segundo as orientações do enfermeiro supervisor.

- Controlar e distribuir o material esterilizado para os setores da Policlínica que os utilizam.
- Providenciar revisões periódicas dos aparelhos e equipamentos esterilizadores, mantê-los em perfeito funcionamento, controlando-os mediante provas de laboratório, gráficos próprios e meios químicos.
- Controlar e coordenar o preparo e esterilização de materiais e instrumentos, devendo esta atividade ser desenvolvida por um enfermeiro.
- Comunicar qualquer eventualidade que ocorra e que possa interferir no bom andamento das rotinas das salas de procedimentos cirúrgicos.
- Registrar e apresentar relatório mensal de todas as atividades da CME à gerência de enfermagem.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Coordenação de CME será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Da Supervisão de Apoio ao Diagnostico e Terapia - SADT

Art. 45 A Supervisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é a estrutura subordinada à Coordenação Assistencial, destinada à promoção de exames gráficos, radiológicos e de análises clínicas, necessários ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e evolução dos pacientes.

Art. 46 À Supervisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapia compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias e indispensáveis ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Emitir relatórios mensais à diretoria técnica, sobre as atividades desenvolvidas nos serviços.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Planejar e controlar a política de insumos necessários ao bom desempenho das atividades do setor.
- Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.
- Outras atividades necessárias ao bom desempenho dos serviços.

Parágrafo Único. A Supervisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é exercida por profissional de nível superior, preferencialmente, graduado em Enfermagem.

Art. 47 A Supervisão de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento é composta por: Setor de Análises Clínicas e Setor de Radiologia.

Art. 48 O setor de Análises Clínicas, é a estrutura, subordinada à Supervisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapia destinada à prestação de serviços em atenção à saúde, notadamente na organização dos serviços de realização de exames necessários ao diagnóstico, acompanhamento e evolução do tratamento dos usuários.

Art. 49 O Setor de Análises Clínicas compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.
- Recepcionar o usuário, orientando-o quanto aos cuidados necessários à coleta.
- Processar a coleta das amostras de materiais necessários à realização dos exames.
- Realizar os exames dentro das normas técnicas e emitir laudos dos resultados.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Emitir relatórios mensais à gerência de apoio ao diagnóstico e tratamento, sobre as atividades desenvolvidas na Unidade.
- Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.
- Abrir campo de estágio para os alunos das instituições de ensino superior.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O Responsável pelo Setor de Análises Clínicas é exercida por profissional graduado em Biomedicina ou Bioquímica, preferencialmente, com especialização relacionada à área de Análises Clínicas.

Da Supervisão de Farmacia

Art. 50 A Supervisão de Farmácia é a estrutura clínica de assistência técnica subordinada à Coordenação Assistencial, destinada a atender toda a comunidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis no âmbito dos produtos farmacêuticos e insumos, integrada técnica e hierarquicamente às atividades da Unidade de Saúde.

Art. 51 À Supervisão de Farmácia compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalares.
- Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, germicidas, materiais médico-hospitalares e correlatos.
- Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos.

- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.
- Coordenar as atividades de informação sobre medicamentos junto às diversas comissões da Policlínica.
- Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de fármaco- vigilância.
- Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.
- Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de farmácia clínica.
- Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis os medicamentos psicotrópicos, conforme legislação vigente.
- Orientar o paciente, quanto ao uso do medicamento.
- Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela supervisão.
- Representa a unidade junto às áreas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Coordenação da Farmácia será exercida exclusivamente, por um profissional Farmacêutico ou Farmacêutico-Bioquímico.

Do Responsável Técnico - RT Médico

Art.52 O RT Médico é estrutura subordinada à Gerência Técnica, destinada a representar oficialmente o corpo clínico da Instituição. Tem ainda no âmbito de sua atuação a incumbência de responder perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos. Desenvolve suas atividades em caráter permanente.

Art. 53 Ao RT Médico compete:

- Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações e sugestões do corpo clínico.
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.
- Colaborar com as demais gerências sempre que solicitado.
- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e regulamento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e zelar pelo cumprimento do código brasileiro de deontologia médica.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único O Cargo de RT médico é ocupado, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 54 É a estrutura subordinada à Diretoria-Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras e de apoio da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Art. 55 A Coordenação Administrativa compete:

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Executiva e pelo conselho de administração da BHCL.
- Participar, acompanhado do diretor geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, observando as diretrizes do SUS previstas na constituição federal.
- Assistir ao Diretor-Geral, em assuntos administrativos.
- Apresentar à diretoria executiva da BHCL, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada, para serem encaminhados ao Conselho de Administração.
- Elaborar a proposta da política salarial da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e encaminhá-la à Superintendência Executiva da BHCL.
- Propor ao Diretor-Geral a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo da BHCL.
- Organizar internamente o funcionamento da Coordenação Administrativa, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades.
- Propor à Diretoria-Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos.
- Submeter à aprovação do diretor geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.
- Propor à Diretoria-Geral, ouvido a Supervisão de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários.
- Propor à Diretoria-Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O titular da Coordenação Administrativa, é de escolha, nomeação e dispensa da

Assembleia Geral da BHCL, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração, Economia ou Ciências Contábeis, com experiência em Administração/Gestão Hospitalar.

Art. 56 A Coordenação Administrativa poderá ser Composta por:

- Setor de Apoio ao Atendimento
- Setor de Recursos Humanos
- Setor de Serviços de Apoio

Art. 57 Ao serviço de Recepção compete:

- Receber o paciente, representando a imagem e a proposta de trabalho da instituição, tendo em vista o padrão de qualidade e os princípios da humanização do SUS.
- Identificar os pacientes e acompanhantes da unidade, prestando-lhes as informações necessárias.
- Outras atividades correlatas.

Setor de Prontuário

Art. 58 O Setor de Prontuário é estrutura subordinada ao Supervisor de Apoio ao Atendimento, responsável pela guarda, conservação e organização dos fluxos dos prontuários do paciente, competindo à Supervisão de Prontuário:

- Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações emanadas da unidade, afeta às suas obrigações.
- Supervisionar a execução das atividades de armazenamento, distribuição e arquivamento de documentos referente ao paciente que devam ser guardados no prontuário.
- Colaborar com as demais áreas da Policlínica sempre que solicitado.
- Cumprir e fazer cumprir as normas do conselho federal de medicina em face da guarda, manuseio e sigilo do prontuário do paciente.
- Controlar o serviço de arquivo médico e estatística, fornecendo os dados e estatísticas necessárias quando exigidos pelos órgãos de controle e avaliação.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Supervisão de prontuário é exercida por profissional de nível superior, de preferência com título de especialista em administração hospitalar.

DO SESMT

Art. 59 O SESMT é a estrutura subordinada à Coordenação Administrativa responsáveis pelos serviços especiais, medicina do Trabalho além de monitorar a utilização e implementação da NR32,

e a ele compete:

- Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive, máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador.
- Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco se este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual – EPI, de acordo com o que determina a NR-6, desde que a concentração, a intensidade ou a característica do agente assim o exija.
- Colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, no que lhe compete.
- Responsabilizar-se, tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos.
- Manter permanentemente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoio, treinamento e atendimento conforme dispões a NR-5.
- Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas, quanto de programas de duração permanente.
- Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção.
- Analisar e registrar nos documentos específicos, todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento com ou sem vítima e todos os casos de Doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais e as características do agente e as condições dos indivíduos com doença ocupacional ou acidentado.
- Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo relatórios e mapas preparatórios para envio da avaliação anual dos mesmos dados à secretaria de segurança e medicina do trabalho até o dia 31 de janeiro ao órgão regional da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Manter os registros de acidentes ocupacionais na sede do SESMT ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de escolha da Instituição o método de arquivamento e recuperação desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes aos acidentes de trabalho por um período não inferior a 5 anos.
- As atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia

de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se torna necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

Parágrafo Único. O SESMT é composto, segundo a legislação, por Técnicos em Segurança do Trabalho, Engenheiros do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho e Médicos do Trabalho.

Da Supervisão de Almoxarifado compete:

Art. 60 Supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de abastecimento dos bens de consumo, mantendo estoque necessário para o atendimento das necessidades.

- Provisionar o consumo e preparar os pedidos de reposição.
- Efetuar a entrega dos materiais solicitados, conforme o sistema informatizado de controle, liberação de estoque e cadastro de pessoas autorizadas a requisitar e efetuar o recebimento.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. O Serviço de Almoxarifado é exercido, preferencialmente, por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Da Supervisão de Compras e Patrimônio

Art. 61 A Supervisão de Compras e Patrimônio é a estrutura subordinada à Coordenação Administrativa, encarregada das pesquisas de preço, cadastro de fornecedores, acreditação de materiais necessários à aquisição de bens e serviços, definindo os critérios de apresentação e julgamento das propostas, regras de gestão e de negociação de contratos e implementação de sistemas informatizados de compras, materiais e contratos.

Art. 62 À Supervisão de Compras e Patrimônio compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades ligadas a política de aquisição de bens e serviços.
- Executar o cadastramento de fornecedores, de acordo com o sistema de informatização.
- Atender as solicitações de compra de materiais.
- Elaborar quadros demonstrativos das coletas de preços, submetendo-os à apreciação superior.
- Emitir ordens de compra de acordo com as normas da instituição.
- Manter atualizado o arquivo de coleta de preços, para efeito de consultas rápidas.

- Liberar documentação para formação do processo de pagamento.
- Elaborar relatório de estatísticas de compras.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Supervisão de Compras e Patrimônio é exercida por profissional capacitado para o exercício da função, de escolha do Diretor Geral da BHCL, ouvido o Conselho de Administração.

Da Supervisão de Manutenção

Art. 63 A Supervisão de Manutenção é a estrutura subordinada à Coordenação Administrativa, responsável pela execução de reparos, melhorias e adaptações das áreas físicas e equipamentos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Art. 64 À Supervisão de Manutenção compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações inerentes à prevenção, correção e manutenção do acervo patrimonial.
- Promover a manutenção e conservação dos bens móveis e imóveis pertencentes à instituição, bem como de suas instalações.
- Fiscalizar a execução dos serviços contratados.
- Requerer os seguros de bens imóveis, móveis, equipamentos, bem como, das mercadorias, e outros bens, quando em trânsito.
- Responder pela guarda, manutenção e atualização das plantas físicas, elétricas e hidráulicas da unidade.
- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Supervisão de Manutenção é exercida, preferencialmente, por profissional graduado em Arquitetura, Engenharia ou Hotelaria, devidamente habilitado para o exercício da função.

Da Supervisão de Tecnologia da Informação.

Art. 65 À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

- Planejar, programar, coordenar, avaliar e participar do planejamento, das diretrizes e estratégias referentes ao sistema de tecnologia da informação da Unidade.
- Prover suporte aos usuários dos sistemas de informação, seja com relação à "software" e/ou "hardware".
- Realizar o processamento de todas as informações geradas na instituição, referentes aos atendimentos e serviços prestados.
- Coordenar e processar as estatísticas da unidade, referentes à produtividade e aos índices alcançados.

- Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único. A Supervisão de Tecnologia da Informação é exercida, exclusivamente, por profissional graduado em Ciência da Computação ou Análise de Sistema, devidamente habilitado para o exercício da função.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
DAS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS AO ATENDIMENTO DIRETO AOS PACIENTES

Art. 66 São responsabilidades gerais do Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis:

- Obedecer ao Código de Ética Médica, ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Instituição.
- Cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição.
- Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.
- Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
- Anotar de forma correta, o diagnóstico, tratamento, exames complementares e evolução dos pacientes no prontuário dos mesmos e proceder aos demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura.
- Colaborar com as comissões específicas criadas na instituição.
- Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em emergências comprovadas.
- Procurar aprimoramento contínuo dos conhecimentos.
- Agir com prudência, diligência, zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- Não usar de privilégios e/ou hierarquia para impedir que colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos.
- Cumprir os princípios éticos da profissão, ao prestar serviços com qualquer tipo de vínculo à medicina social, previdenciária e securitária, mesmo que outras normas contrariem tais princípios.
- Informar ao paciente ou responsável, de forma clara, as razões e os objetivos de suas prescrições e a evolução da doença.
- Utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico - paciente e

à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento.

- Responsabilizar-se pelos preceitos legais e éticos do atendimento médico realizado.
- Atender, independentemente da posição hierárquica que ocupa na estrutura organizacional da instituição, à convocação da diretoria executiva da BHCL e da comissão de ética médica.
- Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição.
- Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da instituição.
- Atender aos chamados da instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou a disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro.
- Comparecer às reuniões clínicas atendendo convocação.
- Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à comissão de controle de infecção hospitalar ou vigilância epidemiológica.
- Obedecendo aos horários determinados na rotina do serviço.
- Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país.

Art. 67 São responsabilidades gerais dos profissionais de saúde:

- Cumprir o código de ética da categoria profissional.
- Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição.
- Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da Instituição, respeitando indistintamente todos os profissionais que atuam na mesma.
- Proceder registros e anotações, no prontuário do paciente ou receituário, indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura.
- Atender aos chamados da instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou a disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro.
- Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
- Comparecer às reuniões clínicas atendendo convocação.
- Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à comissão de controle de infecção hospitalar ou vigilância epidemiológica.
- Atender aos pacientes, em sua especialidade, durante o período de trabalho, obedecendo aos horários determinados na rotina do serviço.
- Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país.
- Cumprir e fazer cumprir as rotinas padronizadas de cada serviço e o presente Regimento Interno.
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

- Atender com a devida atenção aos pacientes e familiares.

Art. 68 São responsabilidades dos Médicos na admissão de pacientes:

- Verificar a necessidade do Paciente.
- Admitir ou receber pacientes, inteirar-se da história clínica, pelos dados registrados em prontuário ou pela comunicação verbal com o médico que o encaminhou.
- Encaminhar o prontuário com o laudo devidamente preenchido à recepção.
- Fazer prescrição médica.

Art.69 São responsabilidades dos Médicos no pedido de exames complementares ou auxiliares de tratamento:

- Solicitar os exames complementares laboratoriais, radiográficos e outros, que julgar necessário.
- Preencher corretamente todos os impressos padronizados para as solicitações dos exames complementares.
- Avaliar os resultados dos exames realizados e estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Art. 70 São responsabilidades dos Médicos no programa de tratamento clínico:

- Executar procedimentos de diagnóstico e tratamentos clínicos para cada paciente.
- Acompanhar a evolução do estado de saúde do paciente, registrando em prontuário suas observações e a necessidade de intervenção cirúrgica e/ou clínica.
- Prescrever tratamento em impresso próprio, utilizando medicação padronizada e dieta adequada.
- Informar ao paciente sobre o tratamento clínico ou cirúrgico.
- Solicitar parecer ao especialista, nos casos que julgar necessário.
- Anotar o parecer no prontuário do paciente, quando solicitado.
- Esclarecer sobre os medicamentos prescritos, como: tempo de uso, reações indesejáveis, etc.
- Informar o paciente dados sobre: tratamento, cirurgia, anestesia e riscos.

Art. 71 São responsabilidades dos Médicos na atenção aos pacientes:

- Atender os pacientes prestando esclarecimentos sobre: exames, diagnóstico e tratamento.
- Participar e discutir com os familiares do paciente as decisões a serem tomadas.
- Acompanhar o paciente durante todo o processo terapêutico.

Art. 72 São responsabilidades médicas ao transferir/Compartilhar o cuidado dos pacientes:

a) Verificar a necessidade da transferência/compartilhamento do cuidado do paciente para outra Unidade ou instituição de saúde.

b) Comunicar e esclarecer ao paciente e/ou responsável, os motivos do

encaminhamento/compartilhamento.

c) Verificar a existência de vaga na instituição de saúde, para a qual o paciente será transferido.

d) Preencher os impressos específicos.

e) Registrar a alta/compartilhamento/transição do cuidado do paciente no prontuário.

f) Comunicar ao enfermeiro a respeito da transferência (alta/compartilhamento/transição), local de destino.

Art. 73 São responsabilidades médicas na transição do cuidado para a atenção primária:

- Fazer a previsão de alta/transição do cuidado

a) Prescrever a alta do paciente nas folhas de prescrição e evolução.

b) Preencher o sumário de alta descrevendo a síntese do tratamento, procedimentos realizados, condições de alta, diagnóstico com os respectivos CID (Código Internacional de Doenças).

c) Datar, assinar e carimbar os documentos acima.

d) Prescrever, se for o caso, em receituário, a medicação que o paciente continuará tomando em domicílio, anexando-a ao prontuário.

e) Esclarecer e orientar o paciente sobre a continuidade do tratamento.

f) Preencher atestado médico, quando necessário, comprovando o tempo de tratamento do paciente na Policlínica e anexá-lo ao prontuário.

g) Comunicar ao enfermeiro (Gestor do Cuidado) da unidade a respeito da alta/transição do cuidado.

Art. 74 São responsabilidades médicas no óbito de pacientes:

- Certificar o óbito do paciente.
- Anotar a ocorrência na folha de evolução, indicando data, horário e causa da morte.
- Preencher, assinar e carimbar a declaração de óbito, de acordo com o padrão estabelecido, exceto nos casos em que a lei determina o encaminhamento ao instituto médico legal. Na ausência do médico assistente, é o responsável pela constatação, anotação e fornecimento do atestado de óbito.
- Comunicar à família, pessoalmente, a ocorrência do óbito.
- Registrar no prontuário o óbito.

Art. 75 São responsabilidades específicas dos Médicos Clínicos:

a) Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.

b) Examinar o paciente, tratando-o com decoro.

c) Solicitar exames complementares e/ou auxiliares.

d) Analisar e interpretar os resultados dos exames solicitados.

e) Prescrever medicamentos, indicando dosagem e respectiva via de administração.

f) Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, tratamento, evolução da doença.

g) Emitir atestados de saúde, sanidade, aptidão física e mental.

Art. 76 São responsabilidades específicas dos Médicos Cirurgiões:

a) Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.

b) Examinar o paciente, para avaliar a necessidade da intervenção.

c) Estudar o caso clínico, analisando o prontuário do paciente, para estabelecer o diagnóstico e o método operatório indicado ao caso.

d) Requisitar exames complementares pré-operatórios, para avaliar as condições físicas do paciente e prevenir problemas intra ou pós-operatórios.

e) solicitar agendamento de procedimento cirúrgico eletivo, através de solicitação por escrito em impresso próprio.

f) Prescrever tratamento, a fim de melhorar as condições físicas do paciente para a realização do procedimento cirúrgico.

g) Conversar e avaliar o estado físico do paciente antes do seu encaminhamento para o procedimento cirúrgico.

h) Operar o paciente, utilizando técnicas apropriadas a cada tipo de intervenção cirúrgica.

i) Descrever o procedimento cirúrgico de forma resumida, dando ênfase às intercorrências no prontuário do paciente.

j) Acompanhar o paciente no pós-operatório, examinando-o periodicamente e/ou requisitando exames complementares, para avaliar os resultados da cirurgia.

k) Orientar o paciente quanto às prescrições e cuidados no pós-operatório.

Art. 77 São responsabilidades específicas dos Médicos Anestesistas:

a) Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.

b) Examinar e avaliar o paciente, estudando o prontuário, inteirando-se do seu estado geral, do diagnóstico e do tipo do procedimento.

c) Considerar os riscos cirúrgicos e escolher o tipo de anestesia mais adequado.

d) Prescrever a medicação pré-anestésica, registrando-a no prontuário do paciente.

e) Fazer nova avaliação do paciente no dia do procedimento (endoscopia/colonoscopia).

f) Verificar o funcionamento dos equipamentos e o estoque de materiais e medicamentos

que serão usados na anestesia, antes de receber o paciente.

g) Fazer avaliação pré-anestésica do paciente.

h) Preencher corretamente a ficha de anestesia.

i) Aplicar anestesia parcial para obter anestesia ou analgesia de determinadas regiões do corpo, com finalidade cirúrgica, propedêutica ou analgésica.

j) Controlar as alterações fisiológicas do paciente durante a anestesia ou no pós-operatório imediato, por meio da vigilância constante dos sinais vitais.

k) Instalar respiração auxiliada ou controlada, fazendo uso de respiradores mecânicos, manuais ou automáticos, para assegurar ventilação alveolar satisfatória.

l) Manter livres as vias aéreas superiores do paciente, através de aspiração de secreções para facilitar a respiração normal do paciente e prevenir intercorrências.

m) Não executar duas anestesias eletivas ao mesmo tempo.

Art. 78 São responsabilidades específicas dos Enfermeiros:

a) Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem na instituição.

b) Realizar prescrição de assistência de enfermagem.

c) Tomar conhecimento das ocorrências e providenciar as ações necessárias, na ausência do coordenador ou quando dele receber esta designação.

d) Receber/acolher os pacientes na ocasião da entrada na unidade, entrevistá-los e orientá-los sobre os regulamentos da Unidade.

e) Avaliar os pacientes sob seus cuidados.

f) Executar os procedimentos técnicos da competência do enfermeiro.

g) Realizar a prevenção e controle sistemático das infecções hospitalares e das doenças transmissíveis em geral.

h) Controlar a movimentação dos pacientes (saídas para exames, fisioterapia, passeios, etc.).

i) Atender ao público.

j) Assistir, orientar e supervisionar o técnico de enfermagem em suas atribuições.

k) Interpretar, cumprir e fazer cumprir as prescrições médicas.

l) Cuidar para a organização e conservação dos prontuários, equipamentos e materiais sob sua guarda no serviço.

m) Zelar pela manutenção, limpeza e ordem da unidade.

n) Zelar pela conduta ética da equipe de trabalho.

o) Registrar todas as atividades executadas, em documentos apropriados.

p) Participar de programas de educação em serviço, CIPA, grupos de estudos na área de enfermagem e programas de atendimento ao paciente.

q) Colaborar com o Responsável Técnico - RT de enfermagem do serviço para o bom andamento das atividades da unidade.

r) Zelar pela qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos pacientes.

Art. 79 São responsabilidades específicas dos Farmacêuticos:

a) Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos.

b) Planejar e controlar a política de controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos.

c) Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

d) Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente e seguro de controle do estoque de produtos farmacêuticos.

e) Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.

f) Fiscalizar a utilização de medicamentos controlados, assim como a atuação da vigilância sanitária.

g) Coordenar as informações sobre medicamentos junto às diversas comissões da unidade.

h) Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de farmacovigilância.

i) Participar das atividades sobre o controle das infecções hospitalares.

j) Coordenar as atividades sobre educação, treinamento e política de farmácia clínica.

k) Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas da unidade.

Art. 80 São responsabilidades específicas dos nutricionistas:

a) Supervisionar, planejar e coordenar o programa da nutrição e dietética dos pacientes em conformidade com suas necessidades e prescrições médicas.

b) Incentivar e criar hábitos e dietas adequados à condição de cada paciente.

c) Analisar as carências alimentares e o conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos.

d) Elaborar os cardápios para pacientes do setor da Hemodiálise.

e) Efetuar o registro das despesas e das pessoas que recebem refeições, fazendo anotações em formulários, para estimar o custo médio de alimentação.

f) Zelar pela manutenção de boas condições higiênicas

g) Promover o conforto, a segurança e a higiene no ambiente de trabalho.

h) Participar das compras de gênero alimentício.

i) Verificar nos prontuários dos pacientes, dados pessoais, a prescrição e o resultado da dieta, a distribuição e horário da alimentação.

j) Fiscalizar os serviços prestados pela nutrição e dietética.

Art. 81 São responsabilidades específicas dos Psicólogos:

a) Avaliar os pacientes do ponto de vista psicológico e formular o psicodiagnóstico.

b) Dar apoio no processo terapêutico de pacientes, quando solicitado por outro profissional.

c) Orientar e/ou executar as técnicas que tem por finalidade promover a aceitação das deficiências definitivas ou transitórias.

d) Estabelecer a terapêutica adequada às condições do paciente, obedecendo aos princípios éticos e dinâmicos da Instituição.

e) Registrar no prontuário do paciente os dados técnicos do tratamento desenvolvido.

f) Proceder à formulação de hipóteses e sua comprovação experimental.

g) Analisar a influência dos fatores hereditários, ambientais e psicossociais que atuam sobre o indivíduo.

h) Elaborar a ficha de atendimento, entrevistar o paciente, aplicar testes, e outros métodos de verificação para formular o psicodiagnóstico.

i) Participar da elaboração, adaptação e construção de instrumentos e técnicas psicológicas que favoreçam a pesquisa.

j) Promover a prevenção, tratamento e reabilitação de distúrbios, para restabelecer os padrões normais de comportamento e relacionamento humano.

k) Promover o envolvimento dos familiares no processo terapêutico desenvolvido.

l) Atuar em conjunto com o Corpo Clínico no atendimento e apoio psicológico aos pacientes internados e ambulatoriais da Unidade.

Art. 82 São responsabilidades específicas dos Fisioterapeutas:

a) Prestar atendimento aos pacientes ambulatoriais da Policlínica, em comum acordo com os médicos assistentes e demais terapeutas.

b) Estabelecer plano terapêutico de acordo com as necessidades do paciente, seguindo princípios éticos da profissão e da dinâmica da Unidade.

c) Envolver o paciente e os familiares no processo terapêutico sempre que possível.

d) Registrar, no prontuário do paciente, os procedimentos técnicos realizados.

e) Responder pela avaliação fisioterapêutica.

f) Executar procedimentos do protocolo de tratamento.

g) Acompanhar a evolução do paciente através do prontuário.

h) Participar das reuniões clínicas, grupo de estudo e orientações.

i) Manter em adequado funcionamento os equipamentos de uso do Serviço, bem como a ordem do ambiente de trabalho.

j) Outras atividades correlatas.

Art. 83 São responsabilidades específicas dos Assistentes Sociais:

a) Estabelecer sistemática de atuação no âmbito de assistência social, observando a política estabelecida.

b) Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar todas as atividades do Serviço Social.

c) Controlar técnica e administrativamente o desempenho das atividades do Serviço Social.

d) Promover condições sociais básicas de humanização na Instituição, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados e na terapêutica.

e) Ajudar o paciente e familiares a identificarem, diagnosticarem e definirem soluções frentes às situações socioeconômicas e familiares decorrentes da patologia.

f) Apresentar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo Serviço.

g) Realizar vistorias, perícias técnicas, informações e pareceres sobre o Serviço.

h) Realizar consulta e prestar orientação social aos usuários da Unidade.

i) Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos/projetos e programas de assistência à saúde.

j) Participar ao paciente os direitos e deveres do mesmo perante a Instituição.

k) Outras atividades correlatas.

Art. 84 São responsabilidades específicas dos Biomédicos:

a) Realizar a coleta de material para proceder aos exames laboratoriais.

b) Manipular substâncias químicas para obter os reativos necessários à realização dos testes, análises e provas de laboratório.

c) Fazer exames coprológicos, através de técnicas macro microscópicas, para complementar o diagnóstico.

d) Realizar exames de urina de vários tipos, para auxiliar no diagnóstico de certas doenças e gravidez.

e) Proceder a exames sorológicos, hematológicos, dosagens bioquímicas em amostras de sangue e a exames bacterioscópicos e bacteriológicos, possibilitando a leitura microscópica e o diagnóstico laboratorial.

f) Auxiliar a realização de exames do líquido cefalorraquidiano, para complementar o

diagnóstico.

g) Auxiliar na elaboração de relatórios técnicos e na computação de dados estatísticos, anotando e reunindo os resultados dos exames e informações, para possibilitar consultas.

h) Controlar o estoque de material.

i) Cooperar na formação e treinamento de pessoal, nas aulas práticas ministradas a estagiários e discentes.

j) Realizar pesquisas na sua área de atuação.

Art. 85 São direitos gerais dos profissionais de saúde que atuam na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis:

a) Frequentar as dependências da Unidade de Saúde e usar os aparelhos, equipamentos e medicamentos necessários ao desempenho de suas atividades, requisitando-os por escrito, se for o caso.

b) Fazer representação ao superior direto, para adoção de medidas que visem à evolução do padrão técnico de atendimento.

c) Receber honorários profissionais resultantes de serviços efetivamente prestados.

d) Receber em dia os salários, em conformidade com o estabelecido no contrato de trabalho.

DOS DIREITOS DOS PACIENTES

Art. 86 São direitos gerais dos pacientes que utilizam os serviços:

a) Ser atendido com imparcialidade no acesso ao tratamento, sem discriminação em razão de sua raça, crença, sexo ou situação social.

b) Receber tratamento respeitoso a qualquer hora e sob todas as circunstâncias, como reconhecimento de sua dignidade pessoal.

c) Receber ou recusar visitas, de acordo com os horários estipulados pela administração da Unidade.

d) Saber a identidade e a função dos indivíduos que lhe atende.

e) Consultar um outro profissional, por solicitação e por sua conta.

f) Saber quais exames complementares serão realizados, para que servem, como será feito, quem vai fazer, quais os riscos e inconveniências.

g) Recusar o exame, caso não se sinta bem informado, ou por qualquer outro motivo.

h) Saber ou não qual a sua doença e tudo o que diz respeito a ela.

i) Saber que vai ser tratado e como vai ser o tratamento.

j) Recusar o tratamento clínico ou cirúrgico por motivos pessoais.

k) Pedir alta do tratamento a qualquer momento, por motivos pessoais ou não. Neste caso, terá de comunicar o médico e/ou enfermeiro, preencher o Termo de Responsabilidade, dizendo que a alta foi a seu pedido e que a equipe da Unidade de Saúde não tem nenhuma responsabilidade pelas possíveis consequências.

l) Esclarecer dúvidas ou fazer queixas a um Membro da Comissão de Ética.

m) Colaborar com os médicos e outros profissionais da Unidade, esclarecendo dúvidas sobre seu caso, para pesquisas e estudos científicos.

n) Ser informado sobre qualquer estudo que venha a ser desenvolvido em relação ao seu caso.

o) Ser informado se a Comissão de Ética concorda com este estudo.

p) Consultar o seu prontuário mediante solicitação, ficando o mesmo sob a guarda da Unidade.

DAS RESPONSABILIDADES DOS PACIENTES

Art. 87 São responsabilidades gerais dos pacientes:

a) Fornecer, conforme seu entendimento, informações sobre suas queixas atuais, doenças anteriores, hospitalizações, cirurgias e outros assuntos relacionados à sua saúde.

b) Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde, responsável pelo seu atendimento.

c) Assumir as consequências de suas ações, recusando o tratamento ou não seguindo as instruções do profissional de saúde.

d) Contribuir com a conservação das dependências físicas, mobiliário, instalações, utensílios, aparelhos e outros objetos que venha a usar.

e) Ajudar a manter limpa a Policlínica, não cuspir no chão e não jogar objetos dentro de privadas.

f) Colaborar com toda a equipe.

g) Fazer uso apenas dos medicamentos dados pelos enfermeiros, sob prescrição médica, nos casos que requer uso de medicamentos nos setores de atendimento da Policlínica.

h) Obedecer a dieta que lhe é oferecida (pacientes em tratamento dialítico no setor de Hemodiálise).

i) Não fumar dentro da Unidade de Saúde

j) Respeitar os horários de funcionamento da Policlínica.

k) Respeitar os outros pacientes e acompanhantes da Policlínica.

l) Não atentar, por atos ou gestos, contra o pudor, a moral e os bons costumes.

DOS ACOMPANHANTES

Art. 88 Os pacientes menores de 18 anos (Lei 8.069/90, art.12) e/ou maiores de 60 anos (Portaria GMMS nº 280/99, art.1º).

Art. 89 Toda mulher tem o direito de ser acompanhada por pessoa maior de idade em qualquer consulta, exame ou procedimento de saúde, conforme disposto na Lei 14.737/23.

Art. 90 Não é permitido a presença de acompanhante nas salas de procedimentos cirúrgicos.

Art. 91 O acompanhante deverá seguir as instruções dos profissionais da saúde, em especial do Corpo de Enfermagem.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 92 Os direitos e deveres dos empregados são regidos pela legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.

Art. 93 O uso de qualquer impresso com timbre é exclusivo do pessoal da unidade, no exercício das suas atividades, devendo a correspondência externa ser assinada pelos responsáveis, isoladamente ou em conjunto quando for o caso.

Art. 94 Nenhum impresso poderá ser confeccionado sem a autorização da Gestão da Policlínica.

Art.95 Todo documento relativo a pagamento deve ser aferido e visado pela Gerência Administrativa, e os pagamentos feitos por quem o Diretor Executivo da BHCL delegar a função.

Art. 96 Na impossibilidade ou ausência do Diretor Geral, este será representado pelo Gerente Técnico.

Art. 97 Na impossibilidade ou ausência do Gerente Administrativo, este será representado pelo Gerente Assistencial.

Art. 98 Todo material permanente existente é tombado, assim como todas as aquisições ou doações de bens permanentes, devendo qualquer alteração de baixa ou transferência de uma unidade para outra deve ser anotada na ficha patrimonial.

Art. 99 A transferência de material tombado de uma unidade para outra só poderá ser efetuada mediante prévia autorização do Gerente Administrativo da BHCL e da autorização da SES/GO.

Art. 100 É vedada a comercialização de produtos de qualquer natureza ou origem nas áreas internas e externas, seja por empregados, pacientes, familiares ou terceiros. Somente os bazares beneficentes devidamente autorizados pela Gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis o podem comercializar produtos, cuja receita reverta para a as atividades de

Responsabilidade Social da BHCL.

Art. 101 Este Regimento Interno só poderá ser alterado, em parte ou no todo, por deliberação da Assembleia Geral, representado por no mínimo 2/3 dos seus membros.

Art. 102 O presente Regimento entra em vigor na data em que for aprovado pela Assembleia Geral da BHCL, "ad referendum" do Conselho de Administração.

Data; Assinaturas.

3.2.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

A seguir, apresentamos a proposta de regimento para o Serviço de Enfermagem. Ressaltamos que a proposta é um modelo e pode ser ajustado de acordo com a realidade local.

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E FINALIDADES

Art.1° O Serviço de Enfermagem, com o objetivo de organizar, orientar e documentar, todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus internos ou externos, tem por finalidade:

- Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA SUBORDINAÇÃO HIERÁRQUICA

Art. 2° O Serviço de Enfermagem da Unidade de Saúde está subordinado à Coordenação Assistencial, a qual por sua vez subordina-se ao Diretor Geral, e será coordenado exclusivamente por um enfermeiro.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3° O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- Responsável Técnico - RT de Enfermagem.
- Enfermeiros supervisores.

- Enfermeiros de unidades.
- Enfermeiro responsável pela CCIRAS
- Técnicos de Enfermagem Auxiliares de Enfermagem.

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA

Art. 4° O serviço de enfermagem é competente para atuar nas seguintes áreas:

- Responsável Técnico de Enfermagem - RT
- Supervisão de Ambulatório
- Supervisão do SADT
- Supervisão da Linha do Cuidado (Gestor do Cuidado/Navegador)
- Supervisão no Setor de Hemodiálise

Art. 5° À Supervisão de Enfermagem compete:

- Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades organizacionais da Policlínica, do próprio serviço e satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados.
- Promover o desenvolvimento das equipes e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço.
- Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

Art. 6° À Unidade de Centro de Materiais compete:

1) Processar todo o processo de esterilização do material utilizado na Instituição.
2) Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização.

Art. 7º Ao serviço de Controle de Infecção, compete:

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções.
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos.
- Participar da equipe de Padronização de medicamentos.

CAPÍTULO V
DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 8º Classificação das categorias profissionais.

- Responsável Técnico de Enfermagem - RT

- Supervisão de Ambulatório
- Supervisão do SADT
- Supervisão da Linha do Cuidado (Gestor do Cuidado/Navegador)
- Supervisão no Setor de Hemodiálise
- Enfermeiro Assistencial
- Enfermeiro do CCIRAS.
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem.

Art.9. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- RT de Enfermagem
- Registro profissional no COREN local
- Certidão Negativa
- Experiência profissional comprovada
- Capacidade de Liderança.
- Possui preferência pela especialização em Administração Hospitalar.

Enfermeiro Supervisor:

- Registro profissional no COREN local.
- Possuir Certidão Negativa.
- Experiência profissional comprovada na área, como supervisor.
- Capacidade de Liderança.

Enfermeiro Gestor do Cuidado:

- Possuir registro profissional no COREN local
- Estar quite com o Órgão de Classe
- Capacidade de Liderança.
- Conhecimento específico que o cargo requer.

Enfermeiro da CCIRAS:

- Registro profissional no COREN local.
- Estar em dia com as anuidades do COREN local.
- Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área.

Enfermeiro Assistencial:

- Registro profissional no COREN local.
- Estar em dia com as anuidades do COREN local.
- Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro.

Técnico de Enfermagem:

- Registro profissional no COREN local
- Certidão Negativa
- Perfil para trabalhar em equipe
- Experiência profissional de seis meses.

Auxiliar de Enfermagem:

- Possuir o título de Auxiliar de Enfermagem
- Registro profissional no COREN local
- Estar em dia com o COREN local

CAPÍTULO VI
DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art.10. São atribuições do pessoal:

RT de Enfermagem:

- Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem.
- Administrar os Recursos Humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.
- Enfermeiro Supervisor
- Supervisionar e administrar o Serviço de Enfermagem das unidades de internação sob sua competência.

Enfermeiro Supervisor de Unidade:

- Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe.
- Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço do pessoal de enfermagem sob sua supervisão.
- Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.

Enfermeiro do CCIRAS

- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares.
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIRAS.
- Manter lista atualizada das rotinas nas unidades.

Enfermeiro Assistencial:

- Atender de forma humanizada e ordenada os pacientes sob sua responsabilidade;
- Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade
- Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades.
-

- Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço de sua responsabilidade;
- Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.

Técnico de Enfermagem

- Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade.
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição.
- Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades.
- Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem
- Registrar e assinar os procedimentos executados.

Auxiliar de Enfermagem

- Auxiliar nas atividades técnicas de baixa complexidade. Zelar pela manutenção e organização da unidade
- Zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade em bom estado de conservação e funcionamento.
- Encaminhar ao expurgo todo o material usado.

CAPÍTULO VII
DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art.12. O Serviço de Enfermagem da instituição manterá escala de trabalho de 12 horas e ou 6 horas, conforme estabelecido pelas leis trabalhistas vigentes:

- Horário será das 7 às 19 horas, ou das 7 às 13 horas, das 13 às 19 horas, conforme rotina estabelecida pela instituição.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.13. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.14. O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão Negativa do COREN-GO.

Art.15. Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade.

Art.16. O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 17. O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei 7.498/86 e Decreto

nº 94.406/87, que "Dispõe sobre Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

Art. 18. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada pelo RT de Enfermagem e Diretor/Gerente da Instituição.

Data; Assinaturas Diretor/ Coordenador

3.2.4 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

A BHCL disponibilizará para o Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, infraestrutura tecnológica que contemplará todas as informações assistenciais e administrativas.

O objetivo é promover a operacionalização de sistemas de informação, sistemas corporativos, sistemas de gestão, bem como oferecer acesso às bases de dados públicas e institucionais, além de integrar os diversos sistemas do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e do município.

É responsabilidade da unidade de Tecnologia da Informação em especial, manter todo o parque tecnológico da Policlínica em perfeito funcionamento, com confiabilidade e desempenho necessário para suportar todos os sistemas e aplicações que serão utilizados na Policlínica, de forma a prover ganhos de qualidade, segurança e produtividade.

A BHCL implantará na Policlínica, o setor de informática, com profissionais para dar suporte ao corpo de colaboradores e a toda infraestrutura de rede e sistema.

Infraestrutura de Rede Lógica

Integrar as diversas áreas e atividades da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, em um ambiente tecnológico único, com o compartilhamento e a integração de serviços e infraestrutura, com a consequente eficiência e redução de custos, aumento de produtividade e transparência. Para isto, serão utilizadas tecnologias de ponta, capazes de suportar a integração sem prejuízo à autonomia e à segregação funcional dos seus usuários, permitindo a mobilidade interna e facilitando a integração da Policlínica com outras unidades e sistemas.

Datacenter

O datacenter é o local onde estarão concentrados os servidores, recursos de armazenamento e processamento dos sistemas (*software*) de informação e demais funcionalidades de tecnologia da Policlínica. O Datacenter deve ser capaz de absorver toda a demanda de processamento, acesso e hospedagem da Policlínica, provendo um ambiente inicial capaz de suportar o acesso simultâneo, além dos demais componentes de tecnologia.

Central de Serviços (Service Desk)

Esta central de serviços terá como função prover suporte de primeiro, segundo e terceiro nível, em nível local e remoto. Além de ser o responsável por gerenciar todos os chamados de usuários das diversas áreas, a Central de Serviços deverá ser responsável, ainda, por fazer a gestão e inventário dos ativos de tecnologia, fazer o gerenciamento de imagens de softwares dos equipamentos de informática promover os updates necessários, aplicar e monitorar as políticas de tecnologia da Informação.

Assim, a Central de Serviços, por meio de um sistema informatizado de Gestão de Chamados, irá receber classificar, priorizar, gerenciar e responder às solicitações e chamados relacionados a estes serviços, tratando-os em um dos três níveis de atendimento, oferecendo suporte remoto (web, e-mail e telefone) e local, registrando a abertura, progresso, fechamento (condicionado à solução do problema) e avaliando a qualidade do atendimento dos chamados.

Modelo de Operação

A Central de Serviços deverá operar 24 horas por dia, ininterruptamente. O modelo de atendimento deverá ser dividido em três camadas (níveis) hierarquizadas de acordo com a complexidade do chamado.

Será feita mensuração mensais e classificação sistemática das ocorrências, para permanente aferimento junto ao usuário.

Help Desk e Telefonia

O serviço de telefonia caracteriza-se pelo atendimento ao público da Policlínica através de uma central telefônica.

Para clientes externos o escopo das atividades consiste em:

- Serviço de telefonia, contato com profissionais e setores da Policlínica;
- Solicitação de informações diversas;
- NIA - Núcleo Interno de Agendamento;

Para os usuários, o escopo das atividades consiste em:

- Serviço de telefonia interna, contato entre setores;
- Reserva de ambientes específicos;
- Solicitações diversas de serviços: segurança, higienização de ambientes, manutenção e reparos, outras solicitações;
- Reclamações de serviços;
- Solicitação de informações.

A central de telefonia operará através de um sistema de gestão dos chamados e funcionará de forma passiva e ativa – recebendo demandas e redirecionando / comunicando ações – segundo script e procedimentos operacionais padrão, previamente definidos e homologados junto à SES do Estado de Goiás, e poderá, também, operar via disponibilização de uma URA – Unidade de Resposta Audível – ou web site como forma de facilitar o atendimento e operações.

Assim, espera-se que a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, tenha um canal único de contato com os usuários para informações e serviços.

3.2.4.1 Gestão dos Sistemas de Informação

A BHCL terá como cumprimento no que tange a tecnologia da informação, principais atividades de elaboração, execução e acompanhamento de rotinas tecnológicas informatizadas.

Os sistemas de informação que serão implantados irão compreender todas as atividades assistenciais e não assistenciais desempenhadas na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

A concepção da Policlínica será baseada na informatização total das atividades desempenhadas no ambiente da unidade, incluindo a diminuição de documentação física. Além de suportar a operação interna, o sistema será capaz de trocar informações e integrar-se com os demais sistemas da rede estadual de saúde, além dos diversos módulos implantados dentro da Policlínica.

O Sistema irá proporcionar ganho de celeridade, produtividade e ferramentas gerenciais de alta performance, com análises de relatórios de todo o ambiente da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Dentro das atividades previstas para implantação dos sistemas de informação, será considerado, ainda, o desenho do modelo assistencial e não assistencial da Policlínica, a implantação e operação dos demais sistemas da solução de tecnologia, sua interação com os sistemas de gestão e seus requerimentos de infraestrutura.

3.2.4.1.1 Sistema a ser implantado

O Sistema SOUL MV é uma ferramenta de gerenciamento de sustentabilidade da instituição, promovendo a redução de consumo de recursos de forma direta e indireta. A seguir, elencamos algumas de suas funcionalidades, porém ressaltamos que, sua implantação pode depender de fatores alheios ao previsto. Neste caso, um sistema similar e com todas as funcionalidades necessárias será adquirido.

Atendimento ao paciente

O SOUL MV reúne informações relativas ao atendimento ao paciente. Ele centraliza o armazenamento de dados - mantendo a informação consistente e atualizada - abrange os fluxos de trabalho clínicos e apoia o processo de medicação, desde a prescrição até a administração à beira do leito.

- ✓ Prontuários e documentação clínica para diferentes profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.
- ✓ Atendimento de emergência
- ✓ Controle de infecção hospitalar
- ✓ Interface com outros sistemas clínicos, por exemplo, PACS
- ✓ Processo hermético de administração de medicamentos

Suporte à decisão clínica

O SOUL MV oferece diversas ferramentas para dar suporte a decisões clínicas em diferentes fluxos de trabalho e para diferentes profissionais de saúde. O sistema usa dados estruturados avançados para disparar mensagens e alertas que auxiliam nas decisões, visando ajudar você a reduzir erros e oferecer suporte à segurança do paciente.

- ✓ CPOE: interação medicamentosa e alertas de alergia, assistência com dosagem, repetição de medicamentos
- ✓ Protocolos e textos padrão
- ✓ Fluxogramas e gráficos
- ✓ Escalas e índices
- ✓ Acionadores de ação orientados por resultados

Operações e gestão

A principal função de um sistema de gestão como o SOUL MV é apoiar um excelente atendimento ao paciente. Porém, fluxos de trabalho clínicos tranquilos requerem processos periféricos fortes. O sistema fornece o suporte necessário, ajudando você a agilizar a administração de pacientes, o gerenciamento do ciclo de receitas e as atividades operacionais e gerenciais como ferramenta de gerenciamento corporativo.

- ✓ Agendamento
- ✓ Cadastro de pacientes
- ✓ Faturamento (ciclo de receitas)
- ✓ Estoque e gestão de suprimentos
- ✓ Farmácia

- ✓ Contabilidade e controladoria
- ✓ Relatórios financeiros
- ✓ Relatórios operacionais e gerenciais e KPIs corporativos

Envolvimento do paciente

A tendência de "consumerização da saúde" traz expectativas mais elevadas em termos de experiência do paciente, assim como oportunidades e desafios que surgem com as crescentes possibilidades de envolvimento dos pacientes com suas informações de saúde. O sistema oferece ferramentas para apoiar as iniciativas de envolvimento do paciente na Policlínica.

- ✓ Administrar consultas
- ✓ Visualizar resultados de exames
- ✓ Acesso seguro a partir de dispositivos móveis e desktops

3.2.4.2 Proposta para Modernização Tecnológica no Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

A modernização tecnológica de instituições, principalmente na área da saúde, tem como foco agilizar o atendimento de maneira organizada, garantir a segurança do paciente durante sua permanência nas unidades de saúde e ampliar a qualidade da assistência prestada.

Mantendo o foco nestas premissas, a BHCL se propõe a modernizar a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, unidade que integra o contrato de gestão. Para tanto, algumas ações serão necessárias:

- Análise do sistema atual já utilizado na policlínica e a amplitude de incorporações tecnológicas a ele;
- Elaboração de relatório contemplando adequações necessárias para a aquisição de equipamentos;
- Computadores, impressoras, periféricos e outros;
- Aquisição de sistema (se necessário) que faça a interface com o atual sistema do Estado e permita a integração de informações com a rede de saúde, garantindo a continuidade da assistência da paciente na linha de cuidado que está inserida.

Além disso, o SOUL MV possui os recursos de segurança e privacidade projetados para suporte à conformidade com o GDPR (Regulamento Geral de Proteção de Dados) e à LGDP (Lei Geral de Proteção de Dados).

3.2.4.3 Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, terá prontuário eletrônico com a implantação de sistema informatizado de gestão, compatível e que permita o interfaceamento com o Sistema já utilizado na unidade.

A unidade é parte da rede estadual de saúde de Goiás e todos os seus sistemas de informação, sejam informatizados ou em fluxo de papel, devem estar integrados aos sistemas de informação dos Sistemas de Informação do SUS, conforme especificações e necessidades técnicas. Em especial, mas não exaustivamente, as seguintes integrações se não estiverem instituídas, são previstas para implantação a curto prazo:

- Integração entre os sistemas da Policlínica e os sistemas de indexação e cadastramento de usuários e pacientes do SUS e em âmbito nacional (sistema do Cartão Nacional de Saúde).

- Integração entre os sistemas da Policlínica e demais unidades e os Sistemas de Regulação e agendamento de vagas, consultas e exames do SUS, considerando referência.

- Integração com os sistemas da rede básica de saúde, incluindo agendamento, referência e contrarreferência, resumo de alta, e prontuário eletrônico.

- Integração entre os sistemas de imagens médicas da Policlínica e do Estado, de forma a permitir que exames realizados possam ser consultados on-line nas demais unidades do Estado.

- Integração entre os sistemas de exames laboratoriais próprios da Policlínica e demais sistemas Estaduais.

- Estabelecer e respeitar os fluxos de informação apropriados com as demais unidades de saúde da área de abrangência.

- Facilitar o acesso e alimentar, com dados e indicadores dos sistemas de informação gerencial, os sistemas de avaliação da qualidade, acompanhamento e monitoramento do Sistema de Informação do SUS.

- Integração com os sistemas do SUS federal, mormente do DATASUS, de forma a permitir importação e exportação de dados de interesse assistencial, epidemiológico, gerencial, financeiro e administrativo.

Confidencialidade, sigilo e segurança das informações – Lei Geral de Proteção de Dados

A BHCL será responsável pela delegação, pela guarda dos documentos, dados e informações de saúde relativos aos pacientes atendidos na unidade. Estes documentos, dados e informações incluem especialmente os de natureza assistencial, epidemiológica, administrativa ou ético-profissional, e, mesmo sujeitos às normas de sigilo e confidencialidade para proteção da privacidade individual, ainda assim tem caráter público, relevância social e interesse histórico e científico.

A responsabilidade final pela guarda dos documentos e informações é da Secretaria Estadual de Saúde, recebendo da entidade, de maneira delegada, a responsabilidade de executar e garantir essa guarda, bem como de prestar contas das ações, providências e intercorrências relativas à guarda, sigilo e confidencialidade.

A BHCL garantirá o sigilo ético-profissional e a confidencialidade dessas informações, tanto por parte dos profissionais de saúde cuja atuação seja regulada por conselhos específicos, tanto por outros profissionais administrativos e de apoio que porventura sejam autorizados a manipular tais documentos e informações, como também, garantirá a guarda segura dos documentos e informações em meio físico (papel, filme e outros). Também providenciará backup (cópias de segurança) apropriado para as informações em meio eletrônico ou digital.

As cópias de segurança de dados eletrônicos devem ser guardadas em pelo menos duas localidades físicas distintas, sendo que uma será a própria Policlínica e a outra será definida em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, conforme o sistema de gestão adquirido. O cronograma constando a periodicidade, estratégia e metodologia de realização de cópias de segurança será realizado após a instalação e validação do sistema.

Atualmente, quando falamos em Tecnologia da Informação, uso de sistemas e aplicativos, mesmo que sejam para melhorar a agilidade no atendimento e qualificar cada vez mais a assistência, é importante ter claro a LGPD. Ou seja, as atividades humanas passam a ser cada vez mais, potencializadas pela mediação de tecnologias digitais, é importante levar em consideração a privacidade e a proteção dos dados pessoais em todas as esferas. A responsabilidade sobre o Setor Saúde se sobressai, sobretudo por ser aquele que mais trata de dados pessoais sensíveis.

A LGPD impõe boas práticas de governança e controle na gestão hospitalar para a proteção das informações que são coletadas, diariamente, no ambiente de trabalho. Sendo assim, a BHCL irá elaborar uma política clara e transparente para a coleta e o tratamento de dados, que será amplamente divulgada para seus colaboradores e, também, para os pacientes.

Referente ao descarte de informações e/ou documentos ressalta-se que nada será eliminado ou descartado sem prévia aprovação da Secretaria Estadual de Saúde. Para organizar o descarte de documentos e informações, pelo critério de caducidade, toda documentação deve ser gerenciada e analisada quanto ao tempo, além de outros critérios, respeitando a legislação.

Findando os prazos mínimos estabelecidos em lei para guarda dos prontuários médicos, considerando seu valor secundário, a Secretaria Estadual de Saúde será consultada sobre a preservação definitiva ou amostral dos documentos em papel. Os registros de saúde em meio óptico ou magnético, incluindo todos os tipos de imagens médicas, deverão ser objeto de guarda permanente, conforme resolução do CFM nº 1.639/2002.

A BHCL irá garantir que as exigências da LGPD sejam cumpridas.

3.2.4.4 Implantação de Net Promoter Score® - NPS para o SAU, Pesquisa de Satisfação e Pesquisa de Clima

Tanto a pesquisa de satisfação, quanto o atendimento do usuário são importantes para a Unidade de Saúde, pois permite mensurar sua percepção de valor dos serviços oferecidos.

Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde são adotadas pela avaliação da satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro das instituições de saúde é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço.

Os resultados da pesquisa de satisfação permitem a identificação das inconsistências da unidade de saúde, para que ações corretivas, preventivas ou de melhoria possam ser elaboradas e implementadas, buscando um contínuo aprimoramento do padrão técnico e funcional, de modo a disponibilizar serviços assistenciais centrados na qualidade.

Considerando a grande importância deste instrumento a BHCL se propõe a implantar um aplicativo de fácil uso. O acesso ao SAU e pesquisa de satisfação será:

- Tablet: uma colaboradora, assistente administrativa, estará de posse do equipamento e auxiliará a paciente e/ou acompanhante para o preenchimento.
- QRcode: a BHCL disponibilizará cartazes pela unidade com QRcode, para acesso ao formulário via celular do próprio usuário.

Ressalta-se que as colaboradoras que auxiliarão no preenchimento do formulário serão capacitadas para a realização da pesquisa (equipe do "Posso Ajudar")

A tela inicial se apresentará da seguinte forma:

Figura. Tela inicial do aplicativo

O paciente ou acompanhante escolhe a opção que deseja, e vai tocando nas respostas que atenderam à sua expectativa em relação à unidade e assistência prestada.

As perguntas serão personalizadas em face dos serviços oferecidos por cada unidade, sendo que o gestor de cada unidade terá acesso a apenas suas informações.

Ao finalizar, volta para a tela inicial, podendo escolher a opção não respondida se assim o desejar.

As informações são processadas e gravadas, e os gestores das unidades, bem como os assessores da sede corporativa podem acompanhar as respostas fornecidas, sem o risco de perder alguma informação.

Ao final do mês é gerado pelo sistema um relatório com as análises estatísticas da satisfação geral pela unidade e por cada serviço.

Observação: as demandas do SAU serão acompanhadas diariamente pela assistente social.

As vantagens oferecidas pela plataforma estão descritas a seguir.

S.A.U. (Plataforma de Serviço de Atendimento ao Usuário)

Canais de comunicação: O sistema oferece um canal de comunicação, pela plataforma, para os usuários entrarem em contato com a equipe de atendimento.

Gerenciamento de tickets/situação: As solicitações dos usuários são registradas como tickets, permitindo que sejam atribuídas a membros da equipe, acompanhadas em tempo real e resolvidas de maneira organizada.

Base de conhecimento: O sistema conta com uma base de conhecimento que contém informações úteis, como um formulário que é preenchido com os campos, para que os usuários encontrem respostas e soluções.

Centralização das interações: As interações e solicitações dos usuários são centralizadas no sistema, proporcionando uma visão abrangente do histórico de cada usuário e facilitando a identificação de problemas recorrentes.

Automação: Recursos de automação, com procedimento do processo distribuindo para o responsável da área a fim de direcionamento inteligente de situações/problemas, com intuito de agilizar o atendimento e garantir uma resposta mais rápida aos usuários.

Métricas e indicadores de desempenho: O sistema permite monitorar métricas e indicadores de desempenho do atendimento ao usuário, como tempo de resposta, tempo médio de solução para o usuário.

Otimização de processos: Com base nas análises das métricas, a organização pode identificar oportunidades de melhoria, otimizar os processos de suporte e aprimorar a experiência dos usuários.

Experiência do cliente: O SAU, contribui para uma experiência do usuário de forma positiva, fortalecendo o relacionamento com a unidade e organização e aumentando a satisfação, identificando e resolvendo as ocorrências.

PROCESSO PARA O ATENDIMENTO - SAU

Corresponde às etapas de atendimento e fluxo de soluções de acordo com as demandas, passando pelas etapas:

Localização de Atendimento
Registro de Atendimento
Atendimento em Providências
Retorno ao Usuário
Plano de Ação
Casos Encerrados
Acompanhamento das Situações

AUDITORIA

O Plataforma possui um módulo de auditoria de todos os cadastros de formulários eletrônicos para auditoria de informações executadas na solução.

GERENCIAMENTO DE USUÁRIOS

A plataforma SAU contêm o gerenciamento de usuários com permissão (perfil) para cada um acessar funcionalidades que apenas forem permitidas, cadastradas por usuário máster.

Recuperação de senha

Autorização de acesso

Cadastro e permissão de acordo com os grupos e perfis selecionados

Cadastro de usuários do sistema para atribuir responsabilidades de acordo com o perfil

Customização de grupo de acesso

REGRAS DE ACESSO

Possibilidade da divisão de permissões por usuários, com no mínimo os seguintes níveis:

Master: Pode acessar e interagir em todos os recursos;

Grupo: Criação de grupos para separar (departamentos, setores, usuários);

Nível de Permissão: Possibilitar as regras de permissões.

DETALHES DE FUNCIONALIDADES - SAU

Tela de Login para acesso ao sistema

Após a autenticação na plataforma direciona para a página de Dashboard onde o primeiro relatório é o Mapa de Calor que mostra os documentos do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) com mais de 24hrs sem movimentação.

Mapa de Calor exemplificando o significado das cores sendo a cor mais clara com o menor tempo sem movimentação e com a cor mais escura com o maior tempo sem movimentação

Quando um usuário de um determinado setor efetuar o login no sistema e caso exista algum SAU sem movimentação há mais de 24hrs para o setor que o usuário pertença, aparecerá um alerta vermelho mostrando o número do SAU, o tipo se ele é um elogio, reclamação ou sugestão o tempo que ele se encontra parado e o status que ele está atualmente

Dashboards - temos o Total de SAU Realizados por Unidade, Total de SAU Realizados por Tipo Unidade e Total de SAU por Canal de Atendimento

Usuários com acesso ao sistema de acordo com regras

Indicadores temos os submenus Entrada de Indicadores por unidades com Atendimentos Mensais e Pesquisas realizadas

Manifestações do SAU Detalhadas

Relatórios SAU temos os submenus Total de SAU Realizado por Unidade e Total de SAU Realizado por Tipo

Pesquisa de SAU para fazer uma filtragem com data de início e data final, também podemos pesquisar pelo nº do SAU, pelo nome do usuário, visualizar todo o histórico do atendimento, também fazer download de relatório em vários tipos de arquivos como CSV, HTML, Excel e PDF.

Cadastros de Unidades

Cadastrar de Setores da Unidade

Manuais - Como Registrar Atendimento - SAU? E Como realizar atendimento - SAU? São vídeos ensinando os usuários a registrarem o atendimento e realizar atendimento.

Atendimento SAU para localizar atendimentos e efetuar uma pesquisa por nome, nº, telefone, tipo de SAU, canal de atendimento.

Registrar Atendimento SAU onde podemos efetuar o registro das informações do usuário solicitante, em seguida temos o submenu Registrado podemos visualizar os Atendimentos Registrados.

Em Providências podemos visualizar SAU Em Providências, neste status os documentos são encaminhados para os responsáveis dos setores possam efetuar as respostas, referente a reclamação, sugestão ou elogio feito pelo paciente/cliente da unidade.

Retorno ao Usuário após o responsável do setor efetuar a resposta no submenu Em Providências o documento é enviado para o status Retorno ao Usuário neste submenu é onde o responsável pelo SAU efetua um feedback para o paciente/cliente referente a sua solicitação.

O Plano de Ação é onde o documento é enviado após o feedback para o paciente/cliente, aqui o responsável pelo setor descreve um plano de ação para que não venha ocorrer novamente.

Casos Encerrados podemos visualizar todos os SAU que estão encerrados

Manual on-line ensinando como registrar Atendimento SAU e Realizar Atendimento SAU.

PESQUISA DE CLIMA

A pesquisa de clima será realizada pelo colaborador, via link. E as especificidades estão descritas a seguir.

Plataforma - Sistema de Gestão de Clima Organizacional

Monitoramento do Ambiente de trabalho:

O sistema permite acompanhar e avaliar o ambiente de trabalho dentro da organização, verificando o nível de satisfação dos colaboradores e identificando problemas.

Pesquisas de clima:

São realizadas pesquisas anônimas, confidenciais ou podem ser identificadas, para coletar dados sobre a percepção dos colaboradores em relação ao clima organizacional.

Análise de resultados:

Os dados coletados são analisados para identificar tendências, padrões e áreas de melhoria no ambiente de trabalho.

Relatórios e insights: Com base na análise dos resultados, são gerados relatórios que fornecem informações valiosas sobre o clima organizacional, destacando pontos fortes e áreas problemáticas.

Ações estratégicas: O sistema ajuda na definição e implementação de medidas corretivas e ações estratégicas para melhorar o clima organizacional, como programas de treinamento, programas de reconhecimento e melhorias nas políticas e processos internos.

Transparência e comunicação: Ao incentivar a participação e o feedback dos colaboradores, o sistema promove a transparência e a comunicação interna, fortalecendo o relacionamento entre a empresa e seus colaboradores.

Retenção de talentos: Um clima organizacional positivo e saudável contribui para a satisfação e o engajamento dos colaboradores, auxiliando na retenção de talentos.

Aumento da produtividade: Um ambiente de trabalho favorável e motivador impacta diretamente a produtividade e o desempenho dos colaboradores.

Investimento no sucesso a longo prazo: Ao adotar um sistema de gestão de clima organizacional eficaz, a organização demonstra seu compromisso com o bem-estar dos colaboradores e buscam criar um ambiente propício para o crescimento e o sucesso a longo prazo.

Personalização: Um sistema de gestão de clima organizacional diferenciado oferece a capacidade de personalizar pesquisas de clima e relatórios de acordo com as necessidades específicas da empresa. Isso permite que as organizações coletam informações relevantes e acionáveis, alinhadas aos seus objetivos estratégicos.

Análise avançada de dados: Alguns sistemas vão além da simples coleta de dados e oferecem recursos avançados de análise. Isso inclui técnicas de mineração de dados, análise preditiva e inteligência artificial, que permitem identificar correlações, padrões e insights mais profundos sobre o clima organizacional.

Funcionalidades Plataforma / Ferramenta GCO - Gestão de Clima Organizacional:

1. Login de acesso seguro
2. Alteração de senha
3. Sistema de permissão para visualização de unidades de acordo com o perfil de acesso
4. Sistema de permissão para visualização de menus para cada perfil de acesso
5. Dashboard (Gráficos de apresentação de resultados coletados)
6. Visualização de dados de um período, ou de uma Unidade
7. Relatório de Satisfação Geral dos Colaboradores
8. Gráfico de relação dos envios de questões por dia

9. Gráfico de relação de respostas de questões por dia
10. Gráfico de Respostas Geral
11. Gráfico de questões/colaborares pendentes de respostas
12. Drill Down nos Gráficos (envio por dia, respostas por dia)
13. Totais (perguntas enviadas, respondidas)
14. Totais (questionários enviados, respondidos)
15. Gráfico para comparação de respostas por unidade
16. Drill Down para respostas dos setores da unidade ou por tópicos
17. Porcentagem (respostas por envios geral, ou por unidade)
18. Relatório de Impactos por Unidade
19. Relatório de Impactos por Setor
20. Relatório de Impactos por Tópico
21. Relatório Resumo de Impactos
22. Top Unidades com Insatisfação
23. Top Setores com Insatisfação
24. Relatório Total de Pesquisas por Unidade
25. Relatório de quantidade de envios por dia (detalhado)
26. Relatório de quantidade de envios por dia (resumo)
27. Relatório de Satisfação por Setor
28. Relatório Resumo - Ranking Top
29. Cadastros de Unidades
30. Cadastros de Questionários (novos)
31. Cadastro de Perguntas
32. Definição de tipo de pergunta
33. Cadastro de setores
34. Cadastro de Colaboradores
35. Importação de Colaboradores por Excel
36. Envios de questionário por Whatsapp API Business
37. Envio setorizado de questionário por WhatsApp API Business

3.2.4.5 Sistema de Vigilância por Câmeras

A solução de segurança elaborada para as unidades de saúde contemplará ainda, o sistema de controle de acesso a ser implantado possibilitando a integração e otimização das ações de segurança.

A execução de serviços de Portaria, Vigilância e Operação de CFTV será executada pela BHCL vinte quatro horas por dia, todos os dias da semana, com mão de obra dimensionada para postos fixos.

Detalhamento dos Serviços - CFTV

Entenda-se por Circuito Fechado de Televisão o sistema de captação, transmissão e exibição de imagens composto por câmeras, monitores, equipamentos eletrônicos e outros dispositivos técnicos que permitem a visualização de eventos do local protegido, e tem por objetivo a observação e/ou gravação de imagens para o monitoramento de pessoas e ambientes nas instalações da Unidade.

As atividades de monitoramento e gerenciamento de imagens do Circuito Fechado de Televisão (CFTV) serão realizadas na Central de Monitoramento, dentro da unidade, devidamente preparada e equipada para esta finalidade. As atividades serão atribuídas à Operadores de Monitoramento devidamente qualificados.

São obrigações do Operador de Monitoramento dos serviços de operação de CFTV:

✓ permanecer atento, durante sua jornada de trabalho, observando as imagens captadas e transmitidas pelas câmeras aos monitores, detectando possíveis modificações na área protegida e tomando as providências cabíveis previamente especificadas, podendo, caso necessário, acionar a Polícia Militar ou Guarda Municipal, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão previamente definido;

✓ observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas áreas monitoradas, adotando medidas de segurança conforme orientação recebida da Administração da unidade, por intermédio do Supervisor;

✓ efetuar rondas virtuais e emitir os respectivos relatórios;

✓ efetuar todos os procedimentos cabíveis quando detectar uma ocorrência, identificando o local de origem e tomando as providências necessárias;

✓ manter-se no posto de trabalho de acordo com protocolo estabelecido na unidade;

✓ proibir a utilização das instalações da Central de Monitoramento para a guarda de objetos estranhos ao local, assim como de bens particulares de empregados ou terceiros;

✓ repassar para o(s) Operadores(s) de Monitoramento que assumirão o posto, quando houver troca de turno, todas as orientações recebidas e vigentes, bem como eventual anomalia observada ou ocorrências nas áreas;

✓ cumprir a programação dos serviços, feita periodicamente pela Administração da unidade com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações e, dos usuários;

✓ restringir suas ações aos limites da unidade e atuar dentro dos perímetros estabelecidos;

✓ atender cordialmente às solicitações da Administração da unidade, verificando as necessidades e apresentando sugestões sobre monitoramento cabíveis para cada situação ou solicitação.

3.2.5 Proposta para Regimento do Corpo Clínico

Todos os Regimentos Internos da Unidade Assistencial de Saúde atualmente implantados, serão motivos de pauta de reunião para análise e se necessário, adequações pertinentes poderão ser implementadas a partir do padrão apresentado.

A seguir, apresentamos a proposta de regimento para o Corpo Clínico. Ressaltamos que a proposta é um modelo e pode ser ajustado de acordo com a realidade local.

Proposta para Regimento do Corpo Clínico

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º O Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS

Art. 3º O Corpo Clínico tem os seguintes objetivos:

- Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.
- Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais da Unidade, do conhecimento de toda a infraestrutura que a Unidade pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse em oferecer informações adequadas a seus clientes.
- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição

através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.

- Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.
- Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecida pela administração.
- Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 4º O Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, obedece a este Regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

Art. 5º O Corpo Clínico da Unidade compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência às normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para Diretoria Clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção da Policlínica para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, sem nela exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades na unidade, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para

diretoria clínica.

CAPÍTULO IV
DO ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 6º Os Órgãos do Corpo Clínico são:
I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico);
II – Diretoria Clínica (Médico);
III – Comissão de Ética Médica;
IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
V – Comissões Permanentes ou Temporárias;
VI – Médicos da Policlínica.

CAPÍTULO V
DAS FINALIDADES

Art. 7º A Unidade de Saúde destina-se a prestar atendimento conforme complexidade estabelecida, e regulação dos pacientes, cujas especialidades e/ou complexidade da unidade não forem suficientes para resolução;
Art. 8º A Unidade será mantida com base nas verbas específicas oriundos da Secretaria Estadual de Saúde;
Art. 9º A estrutura da Policlínica compreende três áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura para atendimento ambulatorial, na segunda, área técnico administrativa e na terceira compreende a área assistencial.
Art. 10. A estrutura da Policlínica distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:
I. Diretoria;
II. Gerência, Coordenação; e Supervisão e
III. Responsáveis.
Art. 11. A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades da estrutura da Policlínica;
§1º. A Gestão da Policlínica é composta por: Diretor-Geral, Gerente Técnico, Coordenador Assistencial e Coordenador Administrativo.
§2º. O Diretor-Geral será substituído, nos seus impedimentos, pelos Gerente Técnico, Gerente Assistencial, Gerente Administrativo, nesta ordem.

CAPÍTULO VI
COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS

Art. 12. Compete ao Diretor Clínico:

I - O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 2 anos, podendo ser reeleito.

II - O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade da Policlínica e permanentemente à disposição.

Parágrafo único. Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

- Dirigir e Coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
- Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços da Instituição.
- Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
- Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais e destes com a administração.
- Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica da Instituição.
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.
- Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da Unidade em face dos postulados e éticos, médicos e morais.
- Permanecer na Instituição no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

Art. 13. A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

CAPÍTULO VII
DO INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Art. 14. Para ingressar no Corpo Clínico da Unidade, o médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I – Estar devidamente registrado junto ao CRM apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM).

II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM -apresentar cópia anualmente até o mês de abril de cada ano.

III – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:

a) Diplomas -cópia autenticada frente e verso.

b) Títulos -cópia autenticada.

c) Curriculum Vitae resumido ou Currículo Lattes.

IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas da Policlínica.

V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VIII
DAS INFRAÇÕES

Art. 15. Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

I – Desrespeitar o Regimento Interno.

II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto da unidade.

III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.

IV – Cometer crime nas dependências da unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente.

V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.

VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da unidade e causar dano ao paciente.

VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.

VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções.

IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art. 16. A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito

de defesa.

§1º. A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

§2º. Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, único órgão julgador da ética médica.

§3º. Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Gerente Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

Art. 17. As penalidades aplicáveis aos membros do corpo clínico são:

I – Advertência Verbal.

II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico.

III – Suspensão temporária do Corpo Clínico.

IV– Exclusão do Corpo Clínico.

§1º. As penalidades aplicadas a nível interno da Policlínica, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM nos casos de indício de infração de natureza ética.

§2º. As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas deste Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

§3º. A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Gerente Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

§4º. Compete ao Gerente Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

CAPÍTULO IX
DOS DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Art. 18. São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Frequentar a Unidade de Saúde e assistir PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.

II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como às normas administrativas.

III – Auxiliar a administração da Policlínica e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional da Policlínica. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e da Unidade, respeitando o Código de Ética Médica.

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas da Unidade de Saúde.

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

Art. 19. São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários da unidade.

II – Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício.

IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI – Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas.

VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.

X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em emergências.

XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares da Policlínica, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda.

XIII – Quando da impossibilidade de mantiver o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

CAPÍTULO X
DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS

Art. 20. O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

CAPÍTULO XI
DAS ASSEMBLEIAS

Art. 21. O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

CAPÍTULO XII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22. Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente, a aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Único: Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 3 Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

Art. 23. A solicitação de internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

Art. 24. Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda da Unidade de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

§1º. É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

§2º. Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Art. 25. A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades da Policlínica, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos Órgãos Diretivos da Unidade, ou mediante autorização destes.

Art. 26. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo

Art. 26. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Gerente Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com sua natureza.

Art. 27. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção-Geral e Gerência Técnica da Unidade.

Art. 28. A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

REGIMENTO INTERNO DOS PLANTONISTAS (Setor da Hemodiálise)

Capítulo I

Das Atribuições dos Plantonistas

Art. 1º Prestar assistência aos pacientes da Unidade Assistencial procurando resolver as intercorrências agudas.

Art. 2º Prestar atendimento aos pacientes, tão logo seja solicitado.

Art. 3º Atender aos doentes de outros setores da Unidade de Saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente.

Art. 4º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico ou do médico Responsável Técnico - RT da unidade .

Art. 5º Conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

Art. 6º Na ausência do médico assistente, conforme as circunstâncias, fornecer atestado de óbito de pacientes. O atestado de óbito deverá ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

Art. 7º Observar o Regimento Interno da Policlínica e o Regimento do Plantão.

Art. 8º Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixar o local de trabalho antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa.

Art. 9º O plantonista que receberá o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e, em caso de reincidência de atraso, por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as

penalidades cabíveis.

Art. 10. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição- crachá funcional.

Art. 11. O plantonista deverá se manter alcançável, durante todo o seu horário de plantão.

Art. 12. Proibido ao médico de plantão, de qualquer das clínicas, se ausentar do mesmo por qualquer tempo, sem deixar outro médico que esteja na unidade, responsável pelo seu plantão, durante o período que necessitar se ausentar temporariamente, por motivo justificado.

CAPÍTULO II
DAS NORMAS COMPLEMENTARES

Art. 13. As escalas para atendimento nos plantões devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio da Chefia do Serviço e da Gerência Técnica da Instituição.

Parágrafo Único. Fica vedado a substituição, do staff da clínica médica por outro plantonista, mesmo que este seja do quadro de funcionários da Unidade de Saúde, em caráter permanente.

Art. 14. Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

Art. 15. A Escala dos médicos do plantão deverá permanecer afixada em local visível no Setor de Hemodiálise da Policlínica.

Art. 16. Nenhum paciente pode deixar de ser atendido pelo plantonista, em situações de urgência/ emergência.

Art. 17. É proibida a utilização das dependências da Unidade de Saúde para tratar de assuntos particulares em detrimento ao atendimento de pacientes em espera.

Art. 18. Nenhum equipamento ou material hospitalar de propriedade da Unidade será de uso privativo de um profissional a não ser quando autorizado expressamente pela Coordenação Administrativa da Unidade de Saúde com o parecer por escrito do Gerente Técnico. Também, nenhum profissional poderá levar material de sua propriedade, para utilizá-lo na Unidade, sem autorização expressa da Coordenação Administrativa da unidade assistencial.

Art. 19. É vedada a remoção de qualquer equipamento da Instituição sem a prévia anuência da Diretoria Geral.

Art. 20. É proibido atender representantes no horário de plantão.

Art. 21. É dever de todo plantonista, comunicar ao setor competente, a existência de aparelhos ou equipamentos defeituosos ou em mau funcionamento, bem como falta de insumos e medicamentos no seu setor de trabalho.

Art. 22. São direitos dos membros plantonistas do Corpo Clínico:

I. Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição

social ou opinião política.

II. Solicitar providências à Diretoria quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário da Instituição.

Art. 23. As penalidades aplicáveis aos Membros plantonistas do Corpo Clínico são:

I. Advertência reservada, verbal.

II. Advertência por escrito.

III. Solicitação de abertura de processo administrativo disciplinar.

IV. Suspensão temporária de participação no Corpo Clínico.

V. Exclusão definitiva do Corpo Clínico.

Art. 24. Ouvida a Comissão de Ética, compete à Diretoria a aplicação da penalidade a qualquer membro do Corpo Clínico.

Parágrafo Único. Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

Art. 25. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Instituição.

Art. 26. O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico dos Plantonistas, conjuntamente com a Direção-Geral e Gerência Técnica da Policlínica.

Art. 27. A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Data; Assinaturas.

3.3 Implantação de Processos

3.3.1 Proposta de manual de Protocolos assistenciais

A proposta a seguir descreve como serão elaborados os protocolos assistenciais.

Descrição

Protocolos são instrumentos legais, que devem ser construídos de acordo com os princípios da Prática Baseada em Evidências - PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais. Contêm detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

O uso de Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

Além disso, a construção de Protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial sumariamente compreende:

- ✓ identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- ✓ buscar respostas nas fontes de informação;
- ✓ identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- ✓ construir Protocolo Assistencial;
- ✓ implementar a evidência; e
- ✓ avaliar os resultados.

A capacitação da equipe assistencial engloba também, a implementação dos protocolos e acompanhamento da adesão na prática das atividades diárias pela Liderança direta e Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento.

A seguir, apresentamos a proposta de instrução para atuar com protocolos.

a) Protocolos Clínicos

Os **protocolos clínicos** tendem a seguir o modelo proposto pelas evidências científicas. Para sua elaboração, os profissionais deverão conhecer, com clareza, o que é protocolo baseado em evidências e como construí-lo, sendo importante saber como e onde encontrar a(s) evidência(s) por meio da análise de artigos científicos.

As evidências (prática em saúde baseada em evidências): informações da literatura geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão. As pesquisas clínicas podem ser primárias (por exemplo, estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios, estudos coortes) e as secundárias (por exemplo, revisões sistemáticas, estudos de análise econômica).

A experiência (prática em saúde baseada em vivências): informações geradas pelo contato direto e diário com os problemas dos usuários para o entendimento do contexto no qual os resultados das pesquisas podem ser aplicados e extrapolados. É a vivência que oferece o refinamento no processo de tomada de decisão.

Competência (prática em saúde baseada em competência): conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional de saúde possui para obter e interpretar as informações derivadas do problema apresentado pelo usuário (anamnese e exame físico), dos exames

complementares, das evidências e das vivências. São também a capacidade de avaliar as circunstâncias (local de atendimento e gravidade da doença) na qual a decisão está sendo tomada.

Ética (prática em saúde baseada na ética): objetivo garantir que a relação entre o profissional de saúde e o indivíduo doente transcorra num clima de mútua cordialidade e respeito. Nessa relação, o indivíduo doente participa como agente ativo, ajudando no processo de tomada de decisão, e o profissional tem compromisso para com ele (levando em conta os princípios de autonomia, justiça e não maleficência).

A decisão clínica (juntando as peças do quebra-cabeça): associar os quatro componentes – evidências, vivências, competência e ética – em benefício da saúde do ser humano é o alvo de toda a atenção do profissional de saúde. Cabe ao profissional de saúde coordenar a utilização dos quatro componentes no processo de tomada de decisão, interpretando, contextualizando e ajudando o indivíduo doente no que for necessário. A integração desses componentes no processo de tomada de decisão resulta em mais probabilidade de acerto. A expressão mais apropriada deveria ser **prática de saúde além das evidências**.

Para Schneid *et al.* (2003), o conteúdo dos protocolos deve ser escolhido a partir do conhecimento dos problemas prevalentes em uma sociedade, em conformidade com os critérios de magnitude (frequência), transcendência (gravidade) e vulnerabilidade (efetividade da intervenção).

Quanto aos objetivos, os protocolos clínicos buscam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado por meio de passos terapêuticos adequados, com emprego dos medicamentos disponíveis nas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados. Observando a prescrição médica, os protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz de medicamentos (PICON; BELTRAME, 2002).

Assim, antes de iniciar a elaboração do protocolo clínico, é necessário observar alguns aspectos preliminares, sugeridos a seguir:

- Definição do problema central do protocolo para o que é necessário que se passe por um processo de problematização com a busca de respostas às perguntas relevantes sobre o tema. Esse processo poderá resultar em aspectos facilitadores, elucidando várias dúvidas e mostrando caminhos possíveis para sua efetivação. Nesse momento é fundamental que se faça um preciso registro de todas as dúvidas.
- Constituição da equipe de autores e divisão de tarefas.
- Realização de pesquisa bibliográfica: para as referências de literatura, sugere-se também o acesso aos *sites* que possibilitam o conhecimento científico mais recente, bem como as evidências científicas necessárias à elaboração de protocolos.
- Identificação dos pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em

estudo.

- Informação sobre os níveis de evidência encontrados. Buscar as respostas e as críticas aos problemas e dúvidas registradas. Definição e divisão das tarefas (ações).
- Registro prospectivo das decisões que estão sendo tomadas e as referências em que se baseiam.
- Organização da proposta de ações e fluxos em algoritmos que poderão ser constantemente avaliados, consolidando um processo permanente de construção desses protocolos.
- Verificação da possibilidade de incluir dados epidemiológicos.
- Definição dos modelos propostos para o texto, o gráfico e a bibliografia, necessários à elaboração de protocolos.
- Encaminhar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para homologação.

b) Representação Gráfica de Protocolo

Forma de Texto (observando os aspectos essenciais): introdução, justificativa, objetivos, condicionantes, determinantes, magnitude, transcendência, vulnerabilidade, efeitos, atividades, responsabilização.

- Forma de Quadros: descrever a sequência dos passos a serem seguidos, com as devidas recomendações aos profissionais.
- Forma de Fluxograma com Algoritmos: representação gráfica é a utilização em que podemos qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais.

Algoritmo: sequência finita de instruções bem definidas e não ambíguas cada uma das quais pode ser executada mecanicamente num período finito e com uma quantidade de esforço finita. Podem repetir passos (fazer interações) ou necessitar de decisões (tais como comparações ou lógica) até que a tarefa seja completada. Um algoritmo corretamente executado não irá resolver um problema se estiver empregado incorretamente ou se não for apropriado ao problema.

Diferentes algoritmos podem realizar a mesma tarefa usando um conjunto diferenciado de instruções em mais ou menos tempo, espaço ou esforço do que outros. Um algoritmo tem cinco características importantes:

- Finitude: um algoritmo deve sempre terminar após um número finito de passos.
- Definição: cada passo de um algoritmo deve ser precisamente definido; as ações devem ser definidas rigorosamente e sem ambiguidades.
- Entradas: um algoritmo deve ter zero ou mais entradas, isto é: informações que são lhe fornecidas antes do algoritmo iniciar.
- Saídas: um algoritmo deve ter uma ou mais saídas, isto é: quantidades que têm relação específica com as entradas.

- Efetividade: um algoritmo deve ser efetivo. Isto significa que todas as operações devem ser suficientemente básicas de modo que possam ser em princípio, executadas com precisão em um tempo finito.
- Desta forma, em muitas situações, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo é recomendável a utilização de algoritmos.

Para seu emprego, é fundamental o conhecimento dos símbolos e seus significados para a correta elaboração dos fluxogramas que acompanham e explicam o "acontecer" de protocolos no interior das redes de saúde.

Símbolos e definições que poderá ser utilizados para os algoritmos:

- **Oval:** cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de "quadro clínico".
- **Círculo grande ou figura oval:** usado como "saída", ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento.
- **Hexagonal/losango:** as decisões clínicas mais importantes são representadas pelos hexágonos ou losangos, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão.
- **Retângulos:** grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas; são representadas pelos retângulos.
- **Círculos pequenos:** uma ligação com outra parte da diretriz clínica. Isto elimina a seta que iria para trás ou um entrecruzamento.
- **Flechas:** conectam os símbolos uma única flecha deixa um oval ou entra num hexágono ou retângulo. Duas setas deixam um hexágono (ponto de decisão): uma seta indo para a direita, habitualmente indicando uma resposta "sim", e indo para baixo, habitualmente indicando uma resposta "não".

No **PG - Elaboração de Protocolos Clínicos** encontram-se exemplos de algoritmos aplicados para algumas patologias.

c) <u>Elaboração de Protocolos de Segurança</u>

Na elaboração de Protocolos de Segurança, é necessário estar atento às especificidades profissionais e às interfaces dos vários componentes da equipe, que são aspectos importantes no processo de trabalho e, por isso, deverão ser contempladas.

Consideramos que Protocolo de Segurança é dinâmico, flexível e, por isso, deve ser construído

coletivamente e pactuado com os diversos profissionais e colaboradores da organização, bem como dos demais níveis de atenção.

É importante que, no processo de elaboração de um Protocolo de Segurança, tomemos como referência as normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos institucionais, do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde. Nesse processo, é fundamental que esses protocolos sejam aplicáveis às realidades locais para que produzam impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe.

No Protocolo de Segurança além de seus elementos próprios (relativos à organização das ações interdisciplinares, intersetoriais, ao processo de trabalho da equipe, dos fluxos de referência e contrarreferência), pode apresentar também, para o enfrentamento dos aspectos relativos aos cuidados clínicos, os elementos constitutivos de um Protocolo Clínico.

Uma vez que um protocolo de cuidado – seja ele clínico, assistencial ou misto – significa uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja modificar, é fundamental que seja feito o registro dos indicadores relativos ao (s) problema (s) que caracterizam a situação a ser superada.

Este registro serve de base tanto para melhor definição dos objetivos, quanto para que sejam estipuladas as metas possíveis necessárias à superação do (s) problema (s).

1º Passo – Orientações para elaboração de um Protocolo de Segurança. 1º Passo: Diagnóstico, indicadores, objetivos e aprovação.

- Realizar o diagnóstico conjuntural, estrutural e epidemiológico da saúde;
- Selecionar os indicadores importantes revelados por esse diagnóstico; definir os objetivos e as metas a serem alcançadas com o emprego do protocolo;
- Fazer o levantamento e análise das diretrizes da instituição, do processo de trabalho, dos nós críticos, dos aspectos facilitadores, das parcerias, etc.;
- Buscar a construção de viabilidade do projeto junto ao gestor municipal, aos gerentes, às chefias, etc.;
- Formar o grupo de coordenação dos trabalhos;
- Definir a metodologia de trabalho, estratégias e prazos.

2º Passo – Elaboração do Protocolo de Segurança

Organizar o processo de estruturação do protocolo:

- Tomar por base a importância e a gravidade dos indicadores revelados pela situação inicial;
- Utilizar como referência, os objetivos e metas propostos para a superação da situação inicial;
- Referenciar-se nos manuais e normas técnicas institucionais, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde – necessário fazer o levantamento do referencial teórico;

- Envolver os diversos profissionais, por meio de um processo de construção coletiva, envolvendo os diversos profissionais;
- Elencar as diversas atividades possíveis no enfrentamento do problema, visando às metas estipuladas e definindo responsabilidades (quais profissionais as realizarão) e prazos para sua realização;
- Identificar, na redação da proposta, autores, instituição, caracterização do problema, plano de intervenção, novos indicadores;
- Formatar o protocolo, de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações, como, por exemplo: capa, ficha técnica, apresentação, sumário, introdução (com justificativa, aspectos legais, objetivos e metodologia utilizada), conteúdo com o referencial técnico-científico (de preferência por áreas), referências e anexos;
- Apresentar o protocolo, e pactuar com o conjunto dos trabalhadores da(s) unidade(s) de saúde, visto que o trabalho em saúde requer ação interdisciplinar, compondo o trabalho em equipe em benefício de uma assistência integral ao usuário;
- Propor ações intersetoriais e demais parcerias que se fizerem necessárias;
- Submeter protocolo à apreciação, para aprovação, do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Notas:

- É importante ressaltar que, para a implantação de um **Protocolo**, é preciso que seja verificada a necessidade de capacitação da equipe/profissionais, para que as ações do protocolo sejam executadas com segurança e responsabilidade.
- O protocolo é um instrumento que tem validade transitória, devendo ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas, capacidade operacional e perfil epidemiológico.

Riscos e limites no emprego dos protocolos

Quanta adequação e abrangência, os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre representam uma alternativa para o enfrentamento de situações imprevistas, e as adaptações de protocolos internacionais, nem sempre são apropriados ou adaptados para as nossas realidades.

Quando bem indicados e adequados, tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais, porém há um risco de que eles se tornem "o único caminho", "a única solução" e fiquem por períodos muito longos sem avaliação e atualização ou gerar um clima de acomodação dos profissionais em relação à renovação do conhecimento, às possíveis reposições

tecnológicas, às avaliações da prática cotidiana, levando a uma apatia nociva no processo de trabalho pela repetição do trabalho.

Outro aspecto refere-se aos recursos envolvidos tornando fundamental que se façam estudos de tempos, insumos, número de profissionais envolvidos e custos, avaliando a relação custo-benefício para evitar gastos desnecessários.

3.3.1.1 Modelo para Construção e Gerenciamento

A BHCL, para a construção dos protocolos, segue as diretrizes a seguir, discriminadas em 10 passos, e que, estrategicamente, facilita sua gestão. São eles:

1º passo: Escolha do Protocolo
2º passo: Estratificação do Protocolo – abrangência: institucional, setorial
3º passo: Planejamento do Protocolo
4º passo: Elaboração do Protocolo
5º passo: Estabelecer Metas
6º passo: Estabelecer Modelo de Monitoramento das Metas do Protocolo
7º passo: Validação e Tramitação do Protocolo
8º passo: Implantação e treinamento
9º passo: Avaliação (auditoria)
10º passo: Revisão, utilizando a ferramenta PDCA

- Para a implantação de protocolos é importante avaliar e definir os critérios de relevância, para a melhor escolha. Destacamos:
  - ✓ Gravidade e prevalência das patologias
  - ✓ Custo
  - ✓ Importância para os setores e instituição
  - ✓ Definição de estratégias
  - ✓ Determinação legal
  - ✓ Programa de certificação

As diretrizes clínicas são determinadas por *condutas assistenciais* somadas às *intervenções terapêuticas* e às *metas*, para obter-se os resultados clínicos.

As metas devem ser claramente definidas e construídas com base na soma do *objetivo gerencial*, *valor a ser atingido* e *prazo para realização*.

Considerando que os protocolos se dividem em "setoriais", ou seja, destinam-se ao setor, como por exemplo, encaminhamento e alta do centro cirúrgico, prevenção de PAV na UTI, e "institucionais", que permeiam toda a unidade de saúde, como sepse, dor torácica, queda, entendemos que o time responsável pela elaboração dos protocolos deve, antes da implantação, seguir as diretrizes:

Apresentar o protocolo às equipes:
pactuar o processo com os profissionais envolvidos
ouvir o parecer das equipes
entrar em consenso

Estar em consonância:
com os princípios e diretrizes
experiência local

Favorecer a adesão:
texto objetivo
metas bem definidas

3.3.1.2 Mecanismos de extração dos dados sistematizado e acompanhamento

Para garantir a qualidade da informação e agilizar processos, a BHCL utiliza sistema de gestão e prontuário eletrônico do paciente, facilitando o cruzamento de informações, a análise da conduta e ainda serve de parâmetro para a gestão da unidade localizar e resolver eventuais gargalos, promovendo eficiência e qualidade na prestação do serviço. As ações adotadas são o uso de aplicativo para análise de conformidade comparando com modelos predefinidos e a formação de times para o gerenciamento, que são soluções que se mostram eficientes para a captação dos dados, elaboração dos indicadores, análise e implementação de melhorias.

3.3.1.3 Cronograma de Implantação de Protocolos Clínicos, Protocolos assistenciais e demais documentos

A implantação dos protocolos, organização e fluxos internos das atividades e ações assistenciais de todos os serviços previstos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, terá início imediato, e seguirá o cronograma apresentado a seguir:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Implantação da Documentação na Unidade												
Atividades	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Análise do perfil epidemiológico da unidade												
Definição de prioridade de implantação dos protocolos												
Elaboração dos protocolos e demais documentos												
Treinamento da equipe												
Extração e análise dos dados												
Elaboração de relatório												

Reiteramos que os protocolos serão implantados em até 1 (um) ano após a assinatura do contrato, caso a BHCL consagre vencedora do certame, e sua implantação decorrerá das diretrizes e modelo de gestão da BHCL, não havendo ordem e sim estratégia.

Segue em **Anexo 11**, os protocolos adotados pela BHCL. Ressaltamos que, se necessário, serão adaptados à realidade local.

3.3.1.4 Manual de Gestão Documental

	MANUAL			
	Elaboração de Documentos			
	Código: MN.SEDE.GTMC.001	Versão: 01	Data de emissão: 03/ 04/ 2024	Página: 177/21

- **1. Objetivo**

Estabelecer e padronizar a elaboração dos documentos, garantindo a clareza e qualidade das informações necessárias à execução das ações e alinhada ao sistema de qualidade da BHCL, bem como as diretrizes para controle dos documentos e registros, incluindo o processo de elaboração, revisão, aprovação, disponibilização e arquivamento.

- **2. Aplicação**

Corporativo e todas as unidades gerenciadas pela BHCL.

- **3. Descrição**

3.1 Contextualização

Conhecer as normas para elaboração de documentos é essencial para que sua construção seja clara, objetiva e viável.

Esta norma contém orientações necessárias para a definição, estruturação e padronização dos documentos, para uma elaboração efetiva.

3.2 Tipos de Documentos e Definições

- Regulamento (RGL): tem o efeito de uma lei e dita as normas e condutas que os profissionais devem seguir. São elaborados pela alta direção, ou devem ter sua aprovação.
- Política Interna (PI): são as regras feitas por cada unidade para atingir seus objetivos e metas. São elaboradas por toda a equipe, incluindo as lideranças.
- Política Corporativa (PL): Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria Executiva da BHCL, em relação as suas estratégias e objetivos, bem como determina a estrutura, diretrizes e recursos para sua implementação para suas unidades internas e externas.
- Regimento (REG): regulamenta a finalidade, estrutura orgânica, competências e atribuições de uma unidade administrativa ou operacional. Por exemplo: Regimento Interno do Corpo de Enfermagem; Regimento da Comissão de Revisão de Óbitos.
- Protocolo Clínico (PTC): é o documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos.
- Manual (MN): é o documento que explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho. Precedido de uma introdução, objetivos, instrução e outros elementos pertinentes ao tema, somado aos POP de determinado processo. Por exemplo, manual de Higiene e Limpeza da unidade de saúde.
- Procedimento Operacional Padrão (POP): é um documento mais amplo, que descreve de forma geral as atividades necessárias para a execução de um processo. Sua função é padronizar.
- Interação de Processos (IP): Documento regulatório que formaliza a interface / interação entre setores e processos relacionados da Instituição.
- Lista Mestra de Documentos: Lista que contém todos os dados necessários para o gerenciamento e controle de atualizações dos documentos, gerada pelo sistema informatizado de documentos.

- Mapa de Processo (MP): Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão. (Ex. MP de Contratos; MP de Compras; etc.).
- Fluxograma (FL): ilustra as etapas, sequências e decisões de um processo ou fluxo de trabalho.
- Formulário (FO): documento onde são preenchidos os dados e informações, que permite a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações

3.3 Processo e Controle de Documentos

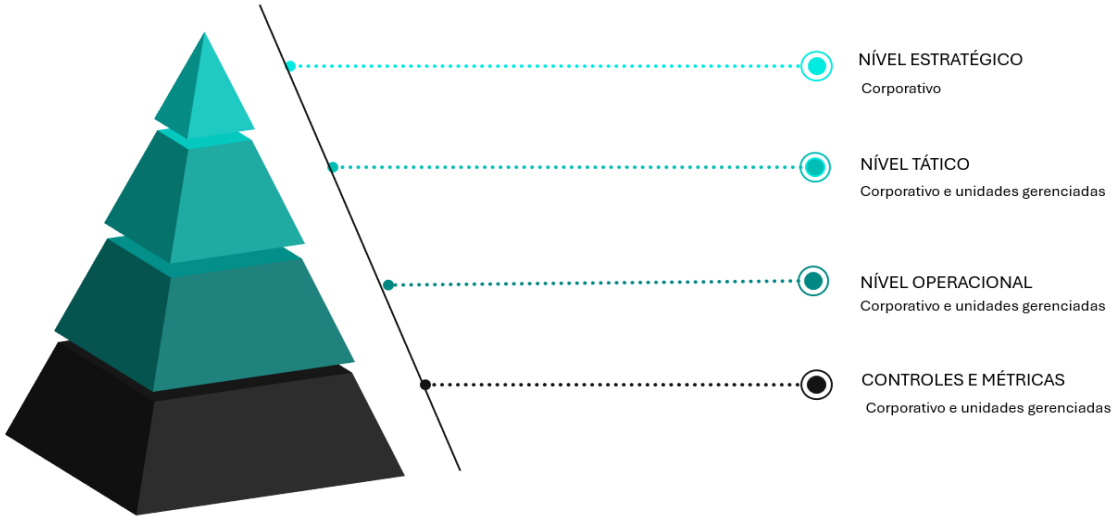
- Cópia Controlada: documento, impresso ou eletrônico, que se refere a documento original aprovado, identificado como "Cópia Controlada" contendo data e assinatura do emissor. As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.
- Cópia Não Controlada: usada em treinamentos e que devem ser destruídas após sua aplicação.

> **Nota:**
> O controle de cópias permite que as cópias não controladas percam seu valor quando impressas.

- Documento Aprovado: a versão passou pelo processo de validação e está em vigor.
- Documento Obsoleto ou Cancelado: é identificado como "cancelado" pela perda da vigência ou pelo seu conteúdo não ser mais relevante. Os documentos físicos devem ser destruídos para evitar o uso indevido. Os documentos em meio eletrônico podem permanecer em uma pasta identificada como "documentos obsoletos e cancelados", para eventuais consultas, rastreabilidade e histórico documental.
- Documento em Revisão: documento que está em processo de revisão.
- Lista Mestra: relação que identifica todos os documentos, versão vigente e controle de cópias.

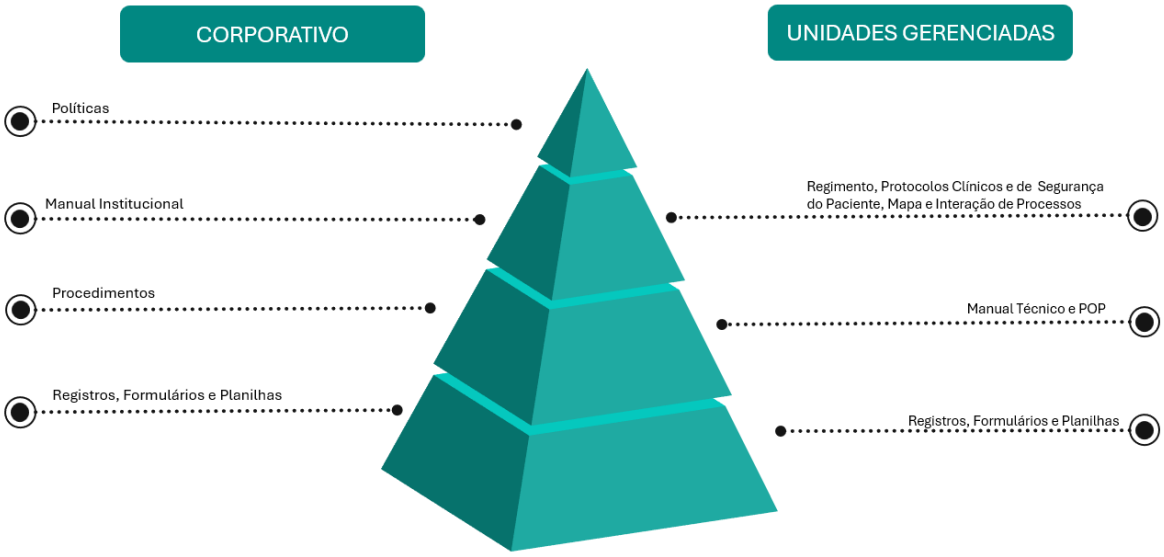
3.4 Hierarquia de Documentos

3.4.1 Corporativo e Unidades



Fonte: GTMC, 2024

3.4.2 Tipo de Documento



3.5 Responsáveis corporativos e atribuições

3.5.1 Grupo Tático de Melhoria Contínua – GTMC

Grupo constituído por profissionais do corporativo, com o objetivo central de desenvolver, estruturar, padronizar e implementar os processos de trabalho, qualidade e gestão Institucional.

As atribuições de cada processo estão descritas no quadro apresentado a seguir.

Responsável	Ação
Diretora Assistencial	Direcionar as atividades do GTCM, em consonância com os objetivos da BHCL
Gerente de Qualidade	Elaborar os documentos pertinentes ao processo de qualidade interno e corporativo, tais como: mapa e interação de processo, entre outros; Apoiar e direcionar os profissionais na estruturação de cada processo; Acompanhar e direcionar a elaboração de documentos por cada processo; Avaliar e validar os documentos elaborados pelas unidades; Gerenciar e controlar os documentos.
Gerente de Educação Permanente e Desenvolvimento Corporativo	Apoiar a qualidade; Contribuir na elaboração de documentos; Divulgar os documentos nas unidades gerenciadas pela BHCL; Formar grupos de multiplicadores nas unidades; Acompanhar a implementação e adesão às normas, rotinas e diretrizes; Gerenciar cronograma de treinamentos internos e corporativos; Monitorar os indicadores do NEP internos e corporativos e promover ciclos de melhoria.
Coordenadora de Projetos	Direcionar a elaboração de documentos corporativos, de acordo com as exigências dos editais;

	Inserir os documentos institucionais padronizados no Plano de Trabalho dos projetos elaborados; Apoiar a qualidade e educação permanente na elaboração e divulgação de documentos.
Gerente de Farmácia	Elaborar os documentos do processo de Farmácia, incluindo Compras e Logística; Padronizar, disseminar e monitorar os documentos de logística e farmácia para as equipes internas e corporativas; Apoiar a qualidade e educação permanente na elaboração e divulgação de documentos.

3.5.2 Diretoria Corporativa

- Aprovar os documentos como: Políticas Corporativas.
- Aprovar a documentação de gestão, pertinente à sua responsabilidade.

3.5.3 Gerentes e Coordenadores Corporativos

- Estabelecer e zelar pela padronização dos documentos institucionais da BHCL, conforme definido por este Manual Institucional;
- Submeter os documentos revisados para verificação e aprovação conforme este Manual Institucional;
- Aprovar a documentação de gestão, pertinente à área de atuação;
- Analisar, verificar e aprovar os modelos de formulário internos e externos;
- Assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso;
- Implementar o documento junto aos profissionais de sua área de atuação e suas interfaces na emissão de novos documentos e/ou suas revisões;
- Utilizar os modelos padronizados pela BHCL para apoiar a criação ou revisão de documentos institucionais junto as Unidades de sua responsabilidade, assegurando a aplicação na mesma linguagem e conceitos adotados neste procedimento.

Notas:

1. O retorno para solicitação de análise e validação de documentos será em até 10 dias úteis.
2. A solicitação de orientação será no mesmo dia.

3.6 Responsáveis das unidades e atribuições

3.6.1 Núcleo da Qualidade ou Responsável das unidades

- Gerenciar a lista mestra e controlar os documentos elaborados;
- Orientar os colaboradores quanto à elaboração de documentos;
- Avaliar e validar os documentos sob sua responsabilidade;
- Apoiar a elaboração de documentos por todas as áreas;
- Codificar e numerar os documentos;
- Publicar os documentos e divulgar às áreas;
- Remover os documentos cancelados do sistema e dos meios físicos e destruí-los;
- Apoiar o Núcleo de Educação Permanente na capacitação dos colaboradores, quando houver implantação de novos documentos ou sua atualização;
- Manter os documentos atualizados, respeitando o prazo de revisão;
- Enviar os documentos para a Gerência de Qualidade Corporativa para validação e análise das Diretorias.

3.6.2 Profissionais dos setores

- Elaborar os documentos da sua área de atuação, validar com seu gestor que enviará para o departamento de qualidade da unidade ou enviar à Gerência da Qualidade Corporativa para que seja realizado o controle de numeração de documentos e demais encaminhamentos;
- Incentivar a participação dos colaboradores na construção dos documentos;
- Promover a capacitação dos colaboradores quando os documentos forem publicados.

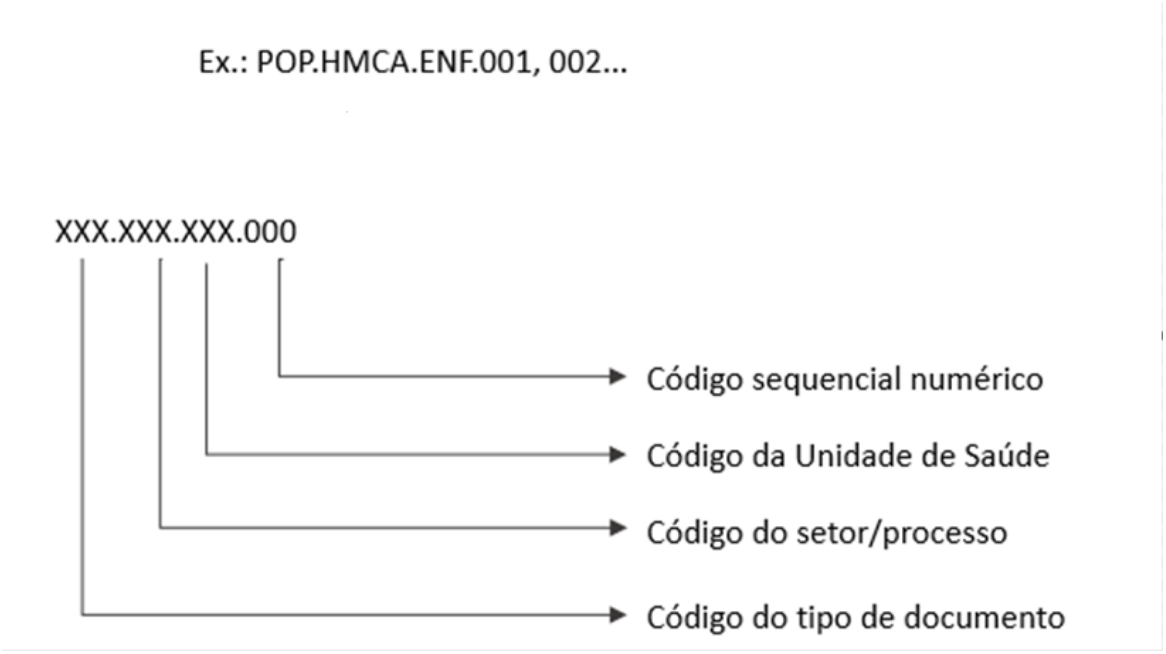
3.7 Codificação e Numeração dos Documentos

Os objetivos são de identificar a área a qual o documento pertence e organizar os documentos da qualidade.

A codificação e numeração é composta por:

- Abreviatura do documento (formada por 2 ou 3 letras);
- Abreviatura da unidade de saúde (formada por 3 a 4 letras);
- Abreviatura do setor/processo (formada por 3 ou 4 letras);
- Numeração com 3 dígitos, iniciando por 001.

Figura 1. Exemplo de codificação de documentos



Fonte: Projetos, 2023

3.8 Formatação dos Documentos

Os documentos devem ser redigidos de forma clara e objetiva, utilizando linguagem coloquial e técnica, quando aplicável.

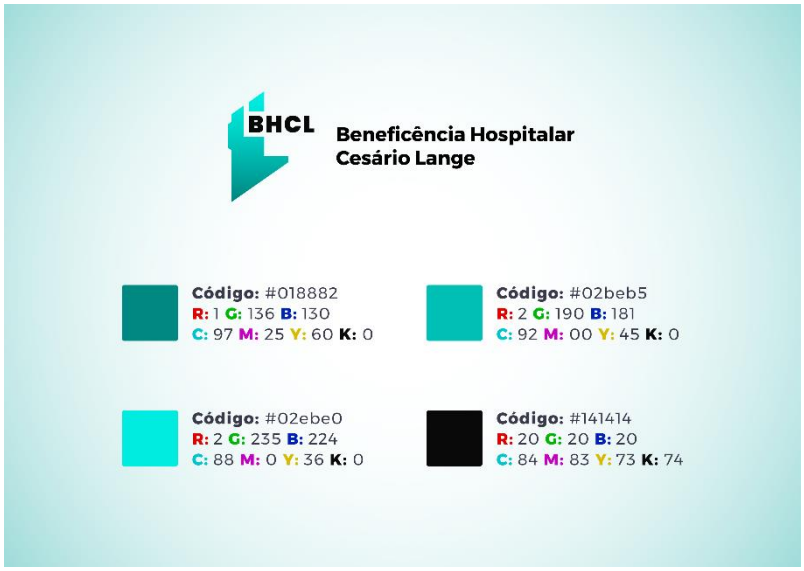
3.8.1 Paleta de Cores

Com exceção do fluxograma, os documentos devem ser descritos em preto e branco.

O logotipo, figuras, devem manter as cores originais.

A paleta de cores a ser utilizada no fluxograma está apresentada a seguir.

Figura 2. Paleta de Cores BHCL



Fonte: Departamento de Comunicação, 2023

3.8.2 Cabeçalho

O cabeçalho deve seguir a padronização.

Figura 3. Padronização do Cabeçalho

Logo da unidade/ município	Tipo de documento			BHCL
	Título do documento			
	Código:	Versão: 00	Página:	

Fonte: Projetos, 2023

- Logotipo, que pode ser da unidade (se tiver) ou o brasão do município. Seguir a legislação local e/ ou contrato de gestão.
- Tipo de documento: Protocolo Clínico, Protocolo Operacional Padrão, etc. Sempre por extenso. Fonte Arial 10, negrito, caixa alta, centralizado.
- Título: o que será descrito. Fonte Arial 10, negrito, caixa alta e baixa, centralizado.
- Código: conforme item 3.5 Codificação e Numeração dos Documentos. Fonte Arial 10, alinhado à esquerda.
- Versão: número da versão vigente. O primeiro documento elaborado sempre será zero. A partir das atualizações, seguir a ordem numérica. Fonte Arial 10, alinhado à esquerda.
- Página: colocar o número identificando a página atual e quantitativo de páginas. Exemplo: 1/20. Fonte Arial 10, alinhado à esquerda.

- Logotipo da BHCL, do lado direito.

Figura 4. Padronização do Cabeçalho de Formulário

Logo da unidade/ município	CONTROLE DE LIMPEZA DA GELADEIRA FORMULÁRIO (FO)	BHCL

Fonte: Projetos, 2023

- Logotipo, que pode ser da unidade (se tiver) ou o brasão do município. Seguir a legislação local e/ ou contrato de gestão.
- Título: o que será descrito. Fonte Arial 10, negrito, caixa alta centralizado, com o tipo de documento (formulário) abaixo do título.

3.8.3 Corpo do texto

3.8.3.1 Formatação

- Fonte Arial 12, justificado, espaçamento 1,5 entre linhas. Tabulação 1,25cm na primeira linha
- Títulos principais: Arial 12, negrito, caixa alta, sem tabulação.
- Subtítulos:

a) segundo nível: Arial 12, negrito, caixa alta e baixa, sem tabulação

b) terceiro nível: Arial 12, itálico, caixa alta e baixa, sem tabulação

- Margens: deve ser de 1,27cm para todas as margens: superior, esquerda, direita e inferior.

3.8.3.2 Tópicos

Procedimento Operacional Padrão – POP

1. Objetivo

2. Aplicação

3. Descrição: todos os tópicos a serem abordados, como: material, profissionais, atividade, contextualização, devem ser colocados em subitens neste tópico: 3.1; 3.2; etc.

4. Elaboração e Revisão: deve constar o nome completo e registro no conselho de classe dos profissionais que descreveram o documento, o nome completo e registro no conselho de classe dos profissionais que analisaram e aprovaram o documento, e as revisões realizadas contendo o número do item alterado e alteração realizada.

Política Interna

1. Objetivo
2. Descrição
3. Histórico de Revisões

Manual Institucional

1. Objetivo
2. Aplicação
3. Definições e Siglas
4. Responsabilidades
5. Descrição
   5.1 Detalhar os macros processos
6. Documentos complementares
7. Referências
8. Histórico de Revisões

Mapas de Processo

1. Processo (macroprocesso ou processo)
2. Subprocesso
3. Fornecedores e Insumos
4. Macro Atividades ou Etapas do Processo
5. Produtos e Clientes
6. Indicadores de Desempenho

Interação de Processos

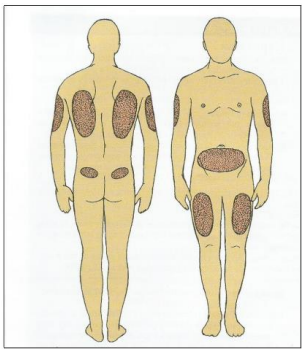
1. Fornecedores
2. Entradas do seu processo
3. Prazo
4. Saídas do seu processo
5. Cliente
6. Prazo

3.8.3.3 Figuras

Devem ser numeradas na ordem em que aparecem no texto, com a palavra figura em negrito precedida pelo número e ponto, e em seguida a descrição, sem negrito. A figura deve ser centralizada e abaixo a fonte utilizada, em Arial 10, alinhada com a figura. Deve ser citada a fonte.

Exemplo:

Figura 4. Locais para aplicação de injeção subcutânea



Fonte: Divisão de Enfermagem da UFRJ, 2018

3.8.4 Referências

De acordo com a NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas e Técnicas - ABNT, a formatação das referências deve seguir as seguintes orientações:

- Alinhamento de texto: à esquerda
- Fonte: Arial
- Tamanho de fonte: 12
- Espaçamento: simples
- Ordenação: alfabética e não numerada
- Entre uma referência e outra, usar espaço duplo

Exemplos:

— Elementos essenciais para artigo em meio eletrônico

RIBEIRO, P. S. G. Adoção à brasileira: uma análise sociojurídica. Dataveni@, São Paulo, ano 3, n. 18, ago. 1998. Disponível em: http://www.datavenia.inf.br/frame.artig.html. Acesso em: 10 set. 1998.

— Elementos essenciais para legislação em meio eletrônico

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ Constituiçao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

3.8.5 Histórico de Revisões

Deve vir por último no documento e antes da apresentação dos anexos, na forma de tabela, fonte Arial 11, espaçamento entre linhas simples. Seguir o modelo apresentado.

3.8.6 Rodapé para Formulário

O rodapé apresentado a seguir, deve ser incluído nos formulários para as devidas aprovações.

Figura 5. Padronização do Rodapé

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:

3.8.7 Anexos

Anexos são documentos complementares e/ou suplementares, e servem de fundamentação, ilustração ou comprovação do tema abordado no documento.

Os anexos devem ser indicados seguindo a ordem numérica no texto, e essa sequência deve ser obedecida no pós-texto, ficando da seguinte maneira:

No texto:

Conforme (descrito, apresentado...) em Anexo 1.

No pós-texto:

ANEXO 1 – Fluxograma de documentos institucionais

Fonte: Arial 12, negrito no pós-texto.

3.9 Gestão de Documentos

3.9.1 Controle de Alterações

As mudanças em um documento devem ser identificadas no campo "Histórico de Revisão" e descritas na sua íntegra. Não utilizar a frase: "diversas alterações", e sim descrever, resumidamente, as alterações realizadas.

3.9.2 Elaboração e Aprovação de Documentos

A elaboração de um documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais colaboradores para realizar a atividade.

Serão considerados válidos apenas os documentos eletrônicos disponibilizados no sistema e os documentos impressos que contenham assinatura e carimbo de um representante do Setor de Gestão da Qualidade juntamente com a marca de cópia controlada.

Os documentos de nível estratégico devem ser, obrigatoriamente, aprovados pela Direção da unidade e corporativa.

Todos os documentos devem ser avaliados pelo Setor de Gestão da Qualidade Interno e se necessário, também pelo Setor de Qualidade Corporativo.

O Setor de Gestão da Qualidade Interno fará a verificação comparativa dos documentos elaborados com as especificações definidas neste Manual. Os documentos assistenciais devem ser validados pelo Serviço de Controle Infecção Hospitalar – SCIH e os de segurança pelo Serviço de Segurança do Trabalho – SESMT. Caso seja necessário podem ser validados por outros setores/serviços sempre que pertinente.

O modelo apresentado em Anexo 2 – Máscara do Documento e Anexo 3 – Máscara de Formulário, assim como o detalhamento descrito neste manual, devem ser utilizados em todos os documentos elaborados pelo Corporativo e Unidades de Saúde e no *item 3. Descrição*, acrescentar os itens que julgar necessário para compor o documento.

Nota:

Na dificuldade de definir os itens, consultar o Grupo Tático de Melhoria Contínua - GTMC para direcionamento.

Nos documentos institucionais devem constar, minimamente, a análise pelo Setor da Qualidade e a definição dos responsáveis pela aprovação dos documentos institucionais da unidade.

Os responsáveis pela aprovação deverão observar:

a) Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;

b) Se há consistência técnica;

c) Se não há conflito com outro(s) documento(s) existente(s);

d) Se os procedimentos seguem os padrões conforme estabelecido nos anexos.

3.9.3 Controle de Documentos

A impressão de documentos deve ser permitida apenas com autorização do Setor da Qualidade, mediante solicitação por escrito.

As versões disponibilizadas em meio eletrônico devem ser disponibilizadas com bloqueio de impressão, edição e *download*.

O setor da Qualidade deve manter uma planilha de controle de cópias físicas, para permitir a rastreabilidade e recolhimento de versões canceladas ou obsoletas.

3.9.4 Publicação de Documentos e Capacitação

A publicação do documento é divulgação aos colaboradores que aquele conteúdo já está disponível para consulta.

A capacitação deve ocorrer quando houver alteração na rotina prévia e de todos os colaboradores envolvidos no processo. Ou seja, se alterar uma rotina no setor de farmácia, que impacte no serviço assistencial, significa que esta equipe também deve ser capacitada.

Para todos os treinamentos, independentemente de seu contexto, deve ser gerada lista de presença, para rastreabilidade e controle do Serviço de Educação Permanente da unidade.

3.9.5 Revisão dos Documentos

A revisão dos documentos deve acontecer nas seguintes situações:

a) Alteração na legislação ou na tecnologia;

b) Aquisição de novos equipamentos;

c) Sugestão de melhorias, que podem partir ou não, dos colaboradores;

d) Correção de não-conformidades detectadas.

A revisão e alteração dos documentos podem ser realizadas a qualquer momento, não existindo regra para que isso aconteça. Entretanto, para que o fluxo seja eficiente e os procedimentos bem executados, com qualidade e segurança, os prazos máximos para revisão estão descritos no quadro 1, apresentado a seguir.

Quadro 1. Validade máxima de cada tipo de documento

Tipo de documento	Validade máxima do documento

Regulamento	4 anos
Regimento	2 anos
Política	4 anos
Manual	2 anos
Mapeamento de Processo	Na alteração do processo
Protocolo Clínico	2 anos
Procedimento Operacional Padrão	2 anos
Fluxograma	Na alteração do processo
Formulário	Na alteração do processo

3.9.6 Descarte de Documentos

O descarte de documentos deve seguir as diretrizes da Resolução CONARQ nº 40 de 2014 e sua alteração, Resolução CONARQ nº 44 de 2022.

- **4. Referências**

BRASIL. Conselho Nacional de Arquivos. **Resolução nº 40 de 2014** [alterada]. Rio de Janeiro, Ministério da Justiça [2014]. Dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos – SINAR. Disponível em: https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq/resolucao-no-40-de-9-de-dezembro-de-2014-alterada

BRASIL. Decreto nº 10.278, de 18 de março de 2020. Regulamenta o disposto no inciso X do **caput** do art. 3º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, e no art. 2º-A da Lei nº 12.682, de 9 de julho de 2012, para estabelecer a técnica e os requisitos para a digitalização de documentos

públicos ou privados, a fim de que os documentos digitalizados produzam os mesmos efeitos legais dos documentos originais. Brasília, DF: Presidência da República [2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10278.htm

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS – CONARQ: Classificação, Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo Relativos às Atividades-Meio da Administração Pública. Rio de Janeiro, 2001. 200p.

- **5. Histórico de Revisões**

  Em 03/04/2024:

  Item 3.2 – inclusão de novos documentos no rol.

  Item 3.4 – inclusão do Grupo Tático de Melhoria Contínua e suas atividades.

  Item 3.6.3.2 – Inclusão do conteúdo que cada um dos novos documentos incluídos no item 3.2 deve conter.

Elaboração/Revisão		
Alessandra Budzisz Claudia Dias	**Data;** 14. 04. 2024	**Assinatura/carimbo**
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

- **ANEXO 1 – Modelo do Histórico de Revisões**

Elaboração/Revisão		
	Data	Assinatura/carimbo
Análise		
	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

- **ANEXO 2 – Modelo da Máscara de Documento**

Logo da unidade/ município	TIPO DE DOCUMENTO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	Código:	Versão: 00	Página: 1 / 27

Ordem dos itens:

1. Objetivo

Iniciar preferencialmente por estabelecer e padronizar.

Ex.: Estabelecer e padronizar a passagem de cateter vesical de demora.

2. Aplicação

Refere-se aos setores que fazem este procedimento.

Por exemplo: unidades de internação, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, etc.

3. Descrição

Neste item entra todas as informações relevantes, como: porque é necessário padronizar as ações para a passagem de CVD; qual o material que é utilizado incluindo as quantidades (uso racional de material, evita desperdícios e reduz custos); quem executa; manutenção do dispositivo; riscos associados; documentos relacionados (preenche algum formulário? Tem algum outro POP, IT, protocolo, que complementa este POP?)

Referências

Quais as referências utilizadas

Seguir as regras da ABNT na citação

Histórico de Revisões

Abaixo segue o modelo. Quando fizer a atualização do documento explicitar exatamente quais as alterações realizadas.

Anexos

Seguindo as regras da ABNT são os últimos a serem apresentados. São fluxos, formulários, etc.

- **ANEXO 3 – Modelo da Máscara de Formulário**

Logo da unidade/ município	CONTROLE DE LIMPEZA DA GELADEIRA FORMULÁRIO (FO)	BHCL

Unidade: Mês/ano:

Controle: 1ª Quinzena: / /
2ª Quinzena: / /

Rubrica									
Data	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Diurno									
Noturno									
Data	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**
Diurno									
Noturno									
Data	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**
Diurno									
Noturno									
Data	**28**	**29**	**30**	**31**					
Diurno									
Noturno									

1ª Quinzena	**2ª Quinzena**
Data: / /	Data: / /
carimbo/assinatura	carimbo/assinatura

- (Exemplo)

3.3.2 Proposta para manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é uma unidade ambulatorial de especialidades multiprofissionais, para cuidado em saúde de forma integrada, interdisciplinar e com estímulo ao autocuidado e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, com a atenção centrada no paciente. Configurando-se como espaços de cuidado especializado e de apoio à educação permanente, com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, possibilitando a oferta do cuidado integral.

A Policlínica, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. Neste contexto, a Policlínica não realiza internação (não realiza faturamento de AIH) e nem procedimentos de alta complexidade.

Manual para Faturamento de Procedimentos

O Setor de Faturamento será responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas "hospitalares" dos clientes ao SUS. O Serviço será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes na Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio. A fim de facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

Unidade de Faturamento S.I.A e S.I.H

Inicialmente a área de Faturamento será estruturada para atender o Faturamento SUS. Ficando a cargo dos auxiliares de faturamento a elaboração de 100% das faturas do SUS, apresentando-as dentro do prazo estabelecido pela Secretaria de Saúde.

A rotina de trabalho consistirá em conferir com exatidão os prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica se houver, exames complementares e terapias, ainda será informado o corpo clínico e técnico administrativo da Unidade de referência sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que possam melhor decodificá-las, contribuindo para um faturamento adequado. Serão alimentados os sistemas bem como transmitidos

para a Secretaria Estadual de Saúde conforme prazo a ser definido.

A rotina de trabalho do setor será em horário comercial, seguindo minimamente:

- Setor de Faturamento ficará responsável pelo Faturamento: Ambulatorial e Hemodiálise, compreendendo: Ambulatório, Hemodiálise e SADT. Controle e faturamento de todos os itens, Controle da qualidade dos dados e documentos que compõem um prontuário, Observação permanente nos itens obrigatórios de verificação para evitar glosas de contas ambulatoriais e hemodiálise:
    - Na admissão do paciente.
    - Na verificação de autorizações do SUS.
    - Na guia ou documento de internação.
    - Nas anotações de prontuário.
    - Na ficha cirúrgica, se houver.
    - Nas prescrições de ala.
    - No relatório de Alta.

Finalidades do Faturamento:

- Planejar e executar as faturas dos procedimentos realizados.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da Instituição.
- Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pelo caminho percorrido pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.
- Ter sempre atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento Hospitalar – CNES da unidade.
- Transmitir os dados do faturamento da unidade para os sistemas do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Estadual de Saúde.

Compete ao Supervisor de Faturamento:

- Dirigir o setor de faturamento.
- Acompanhar a execução das tarefas dos seus subordinados.
- Elaborar Plano de Trabalho.
- Supervisionar, orientar e promover educação em serviço.
- Promover rodízio de funções e administrar as rotinas internas.
- Manter inter-relacionamento com os demais setores e profissionais da equipe de saúde.
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina de seus subordinados.
- Elaborar a confecção da escala de férias.
- Promover reuniões periódicas com os colaboradores.

- Orientar e colaborar para confecção de relatórios mensais à Coordenação Administrativa.
- Fazer registro das atividades executadas.
- Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias da unidade.
- Programar e desenvolver métodos de trabalho.
- Elaborar escala de serviço e controlar frequência.

O Setor também possui auxiliares de faturamento, aos quais compete:

- Receber e organizar todo e qualquer prontuário entregue ao setor.
- Executar a apuração dos procedimentos efetuados por paciente conforme as normas do SUS.
- Realizar a digitação dos mesmos e gerar os arquivos de dados do SIA/SUS.
- Manter sempre a ética profissional pelo fato de serem informações confidenciais.
- Colaborar na confecção dos relatórios mensais que serão enviados para análise.
- Desenvolver o espírito de coletividade com os demais integrantes do setor.
- Desempenhar tarefas afins.
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela Direção da unidade ou outrem autorizado.
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável.
- Participar de reuniões, sempre que necessário, com outros setores ligados às atividades do faturamento.
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais.
- Zelar pelo material de trabalho.
- Manter-se atualizado quanto às novas deliberações da Direção da unidade.

Participar de cursos, treinamentos e atividades de ensino no que se refere a faturamento.

Rotinas Básicas

Faturamento Ambulatorial de Média Complexidade - SUS Ação / Descrição

- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados.
- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não for conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela Secretaria de Saúde.
- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria de Saúde

com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.

- Alimentar a Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à Secretaria Estadual de Saúde, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidades apresentadas e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das representações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

Nota: Caso haja modificação, solicitação ou necessidade, o setor de Faturamento poderá executar a rotina de Faturamento de Internação, mas ressalta-se mais uma vez que a unidade é ambulatorial. No entanto, segue rotina que poderá ser implantada caso a Secretaria Estadual de Saúde assim determine.

Faturamento de Internação / Tratamento Clínico – SUS -

Ação / Descrição

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial e renovação, após 45 dias de internação, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela Secretaria de Saúde para autorização. Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Receber os laudos para emissão de AIH devidamente autorizados pela Secretaria de Saúde.

- Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no setor de Faturamento.
- Emitir relatório do sistema de informática para acompanhar a evolução dos pacientes internados, observando a autorização da AIH e o tipo de tratamento que permanece.
- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta o espelho da AIH após alta do paciente.
- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes em posição de alta hospitalar correspondente ao período de internação da AIH.
- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
- Encaminhar à Secretaria de Saúde listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.
- Receber da Secretaria de Saúde listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na Secretaria de Saúde e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à Secretaria de Saúde, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à Secretaria de Saúde a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Municipal de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção, no sistema de informática e/ou programa SISAIH com os motivos de glosa correspondentes.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.

- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais (quando houver). Espelho da AIH ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

3.3.3 Proposta para manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

3.3.4.1 Almoxarifado

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É por meio do controle do fluxo de materiais, medicamentos e serviços dentro da empresa que se proporciona a distribuição correta ao departamento solicitante, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

Esse processo ocorre pela compra de produtos e contratos de serviços e obras.

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

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada da Unidade participa da avaliação dos produtos no processo de compra.

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

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

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

1) Logística

Segundo o *Counsil of Logistics Management*, **logística** é o processo de planejamento, implementação e controle de fluxo eficiente e economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e informações relacionadas a essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com objetivo de atender às exigências do cliente.

Trazendo este conceito à área da saúde, abrange as etapas de seleção de materiais, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos insumos consumidos dentro da Instituição.

O setor de Suprimentos engloba as áreas de Farmácia, Almoxarifado e Setor de Compras.

a) Seleção de Materiais e Medicamentos

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

b) Aquisição

A aquisição dos materiais e medicamentos utilizados dentro de uma Unidade é definida por meio de uma boa gestão de estoques.

Com o gerenciamento de uma rede de Unidades de Saúde, a BHCL tem um alto poder de negociação no mercado de compras de medicamentos e materiais hospitalares. Com a Central de Compras da BHCL, essa vantagem está à disposição a todos as Unidades do grupo.

A Central de Compras da BHCL atua como um grande núcleo de negociação, com objetivo de oferecer, às Unidades de Saúde sob seu gerenciamento, economia de escala com agilidade e transparência. Com o auxílio de um moderno software, a Central de Compras possibilita a organização de leilões reversos e cotações conjuntas, em especial, dos produtos A e B, da curva ABC, com agilidade, transparência e redução de custos.

A Central de Compras BHCL permite que seus profissionais olhem de forma gerencial o processo de compras, evoluindo de compradores para negociadores, enquanto os fornecedores tornam-se parceiros. Isso significa uma mudança de cultura nos padrões tradicionais de negociação. Estimulando a padronização e integração dos profissionais dos hospitais para a realização de compras conjuntas com o auxílio de tecnologia aplicada ao negócio.

c) Recebimento

Não menos importante do que outros processos, o recebimento tem como objetivo garantir a qualidade dos itens adquiridos pelo Setor de Compras.

A avaliação da entrega dos insumos deve sempre confrontar o produto físico com a Nota Fiscal

e a Ordem de Compras da Instituição, averiguando se o que está entrando na Unidade é realmente aquilo que foi comprado. Ainda, este setor é responsável pela avaliação das condições de entrega da mercadoria, cujos critérios atendem às legislações vigentes no país.

d) Armazenamento

Na logística, o armazenamento correto dos produtos de forma organizada contribui para uma boa gestão do estoque, além de minimizar os erros de dispensação.

Os produtos devem ser armazenados conforme a categoria (medicamentos, materiais, materiais de radiologia, materiais de limpeza, expediente etc.) e sempre respeitando as condições de validade (PVPS – primeiro que vence, primeiro que sai), identificação dos produtos, boa visibilidade, organização, limpeza, condições adequadas de temperatura e umidade e distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.

e) Distribuição

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo *versus* eficácia e *versus* eficiência.

Cronograma de metas

Objetivo / Meta	**Ação**	**Cronograma**										
		Meses										
	Implantar ou Reestruturar o serviço de administração geral.									**0**	**1**	**2**

Atividades	Contratar profissional Administrador, especialista em administração. Elaborar e Implantar regimento para o setor administrativo. Implantar Instrução Normativa para realização dos procedimentos de aquisição de materiais (Licitações), Manual de padronização de medicamentos e materiais médicos e hospitalares, termos de referência para a contratação de terceiros para os serviços contratados.												
Avaliação	Contrato Regimento implantado.												

Os Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle do Almoxarifado tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo Policlínica.

Proposta de Manual de rotinas administrativas para o almoxarifado da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

1. Objetivo

Normatizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoxarifado da Policlínica, orientando os colaboradores quanto ao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

2. O Almoxarifado

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização

do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução das rotinas e dos procedimentos competem à Coordenação Administrativa,vinculada à Diretoria Geral.

A aquisição dos produtos obedecerá o regulamento vigente e a orientação da Gestão Corporativa da BHCL..

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

3. Estrutura

3.1 Estrutura do Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado visa o aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical,tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.

A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

4. Atividade do Almoxarifado da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

4.2 Rotina para Recebimento de Materiais

4.2.1 Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte do fornecedor. O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

4.2.2 Benefícios do Agendamento:

a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;

b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização das mercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;

c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição,não gerando atrasos na programação.

4.2.3 Processo de Recebimento

O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

• Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;

• Termo de cessão;

• Termo de doação;

• Declaração de permuta;

• Guia de remessa de material. No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

• Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida dentro do prazo estipulado no contrato.

• Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.

• Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.

• Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).

• No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

- Verificação do nome Genérico e Comercial;
- Forma farmacêutica, concentração;
- Número do lote;
- Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;
- Registro no Ministério da Saúde;
- Qualidade da rotulagem;
- Presença de umidade;
- Condições de fechamento da embalagem;
- Condições das caixas;
- Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

• Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;

• Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;

• Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura,temperatura e aspecto geral;

• Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.

Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria. Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergência verificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete. Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim, como também sendo registrado no sistema de informática em situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como recebimento definitivo.

• Recebimento provisório será caracterizado no caso do material depender da aceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento deverá carimbar canhoto na Nota Fiscal: Recebido... Volume sujeito a conferência, como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".

• No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";

• Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almoxarife. Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema, emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

4.2.4 Patrimoniamento do Bem

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almoxarifado deverá encaminhar uma via da nota fiscal à unidade de patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido patrimoniamento.

4.2.4.1 Tombamento

Os bens móveis patrimoniais que tenham ingressado na Policlínica terão obrigatoriamente o número de registro (tombamento) antes de serem utilizados/distribuídos.

Os números de registro patrimonial terão ordem crescente rigorosa precedidos do nome da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis (Policlínica Nº XXXXXX).

Quando não for possível a utilização de plaquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente,carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Caso não seja possível a fixação da plaqueta, a mesma deverá ser anexada junto ao relatório na pasta de "Responsáveis pela Guarda de Bens Patrimoniais" da unidade.

Todos os materiais permanentes adquiridos deverão ser tombados ainda no almoxarifado sob a responsabilidade dos responsáveis pelo setor de patrimônio antes de serem deslocados para o destino final, em cumprimento a Lei nº 4.320/64. No caso de recebimento de material permanente por "doação", o "termo de doação" substituirá a nota fiscal e o mesmo deverá ser arquivado no patrimônio.

5. Rotina para Aceitação de Material

A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade do produto que por sua vez, deverá estar em conformidade com a autorização de compra ou contrato.

O encarregado do almoxarifado indicará esta condição no documento de entrega do fornecedor quando se tratar de bem permanente e solicitará ao Setor de Patrimônio esse exame para a respectiva aceitação.

Nos casos de exame qualitativo, após a conferência técnica, deverá ser preenchido o formulário denominado "Conferência Técnica", assinado pelo técnico especializado e devolvido ao almoxarifado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de solicitação.

Após a devida conferência do material, o almoxarifado deverá encaminhar a nota fiscal:

a) No caso de material de consumo: Encaminhar para o setor de financeiro para a devida liquidação.

b) No caso de material permanente: Encaminhar 1 (uma) via para a unidade de patrimônio e posteriormente para o setor financeiro.

Quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado do Almoxarifado notificará o setor de compras que providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

6. Material de Consumo Imediato

Alguns materiais apresentam consumo imediato, ou seja, não ficam armazenados no Almoxarifado, tais como: pão, água, etc.

Para estes materiais, a etapa de recebimento é diferenciada, o produto é entregue diretamente no local de consumo, onde deverá ser dado o aceite da mercadoria no momento da entrega, devendo constar nome, CPF, data e horário do recebimento.

Ao receber a nota fiscal o departamento de compras deverá colocar o carimbo de "MATERIAL DE CONSUMO IMEDIATO" na frente da nota e o recebimento atestando o aceite e conferência das mercadorias.

Após este processo, a mesma deverá ser encaminhada para o Almoxarifado para o devido registro. Como o material já foi consumido, no momento da entrada, o Almoxarifado já registrará a saída do material, ficando o item com o saldo zero no estoque e o seu consumo registrado. Após este processo a nota fiscal segue os mesmos trâmites de recebimento dos demais materiais.

7. Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais da Policlínica.

No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

✓ Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;

✓ Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;

✓ Jamais estocar em contato direto com o piso, utilizando corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;

✓ Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;

✓ Concentrar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;

✓ Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos,eliminando os riscos de acidentes;

✓ Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;

✓ Manter a face da embalagem ou etiqueta, que contém a marcação do item, voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem permitindo fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;

✓ Quando houver necessidade de empilhar deve-se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e não afetar sua qualidade pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente;

✓ No caso dos medicamentos, estocá-los (no pequeno intervalo até que sejam destinados à farmácia) de forma que permita a circulação interna de ar entre eles. Caso possua número de lote armazenado pela ordem crescente dos números de lotes, sempre respeitando se o posicionamento das caixas está correto conforme as setas das embalagens e obedecendo às recomendações quanto a fragilidade de empilhamento máximo.

7.1. Armazenamento de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde)

Os medicamentos sujeitos a controle especial, por exigência da portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, devem ser adquiridos, armazenados e dispensados segundo critério definidos na portaria.

Dispõe a Portaria n° 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde:

– Deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico, quando se tratar de indústria farmacoquímica".

Deste modo é necessário que haja armário reservado para o armazenamento destes medicamentos, devendo atender às exigências sobre a ventilação, temperatura, condições de luminosidade e umidade que também são necessárias para a área de armazenamento geral.

As entradas e saídas de medicamentos devem ser registradas em livro próprio e sistema informatizado de acordo com a legislação específica (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde) sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

8. Segurança e Preservação dos Materiais

O material estocado deve ser cercado de todos os cuidados com vistas a conservação,a fim de evitar danificações, para permitir boas condições de uso, inclusive com adoção de medidas preventivas periódicas, tais como:

✓ Resguardar contra o furto ou roubo,

✓ Extintores de incêndio: colocados em lugares estratégicos, devidamente sinalizados e de uso conhecido

dos servidores, bem como o seu controle de validade;

✓ Corredores e portas de acesso não poderão estar obstruídos;

✓ As instalações elétricas devem ser mantidas em bom estado;

✓ Colocar placas que indique a proibição de fumar no interior do almoxarifado;

✓ Controle Integrado de Pragas: Consiste em um conjunto de ações que visam o aumento na qualidade de controle de pragas, sem risco de contaminação. Deverá Ser realizado por empresa especializada, a qual emitirá um Certificado de Garantia contendo:

➢Dados da empresa;

➢Nome da unidade;

➢Tipo de serviço executado;

➢Validade do serviço;

➢Assinatura do técnico responsável, com seu respectivo número de registro.

O acesso às dependências do almoxarifado devem ser restritas aos colaboradores lotados no setor e, nos casos especiais, pessoas devidamente autorizadas pelo responsável do almoxarifado acompanhadas pelo mesmo.

9. Particularidades do Almoxarifado Farmacêutico:

Além do que já foi citado, o almoxarifado de medicamentos possui algumas particularidades relacionadas à segurança e preservação para que não afetem a estabilidade dos medicamentos, tais como:

Temperatura – é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações nos medicamentos. As elevadas temperaturas são contraindicadas para os medicamentos porque podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos medicamentos e alterando sua eficácia.

Umidade – Dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o desenvolvimento de fungos e bactérias,podendo desencadear reações químicas.

Para o controle de temperatura e umidade é necessário a utilização de termômetro e termo higrômetro nas áreas de estocagem, com registros, para correção de eventuais anormalidades.

Luminosidade – A incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando a estabilidade dos mesmos. O local onde os medicamentos são armazenados deve possuir, de preferência, iluminação natural adequada.No caso de iluminação artificial recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Ventilação – A circulação interna de ar deve ser mantida para conservação dos produtos.

Manuseio – O manuseio inadequado dos medicamentos pode afetar a sua integridade e

estabilidade. Toda a equipe, incluindo motoristas, deve ser sensibilizada e treinada quanto ao manuseio e transporte adequado dos medicamentos.

10.Metodologia de Controle

O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o método PEPS (Primeiro que entra,Primeiro que sai) evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

O método PEPS obedece a uma ordem cronológica à medida que as mercadorias entram e saem do estoque. Assim, no momento do atendimento das requisições, dá-se baixa nas primeiras unidades que entraram, ou seja, as mercadorias que chegaram primeiro são as primeiras a serem despachadas.

Neste método de gestão de estoque, usam-se os custos dos lotes mais antigos quando as mercadorias deixam o estoque, partindo para o segundo lote mais antigo e, assim, sucessivamente. A circulação dos produtos ocorre de forma ordenada e contínua, refletindo com precisão o seu custo real.

No entanto, no controle de estoque de gêneros alimentícios e farmacêuticos, deverá observar as datas de validade mais próxima e/ou risco de perda do produto, não permitindo a perda.

11. Distribuição

Todos os setores da Policlínica serão supridos pelo seu Almoxarifado.

O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição, que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque devendo conter, no mínimo:

✓ Descrição padronizada do material;

✓ Assinatura da pessoa que autorizou;

✓Quantidade dentro da necessidade do requisitante e dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.

As quantidades de materiais solicitados deverão corresponder ao consumo médio. Caso o pedido seja superior ao consumo mensal, o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Nenhum material permanente poderá ser distribuído à unidade requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado pelo Termo de Responsabilidade que, no momento da entrega, deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem. O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

a. Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;

b. Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

12. Calendário de Distribuição

Por possuir uma dinâmica de trabalho bastante específica, o almoxarifado poderá definir um calendário semanal de entrega que visa organizar a distribuição de material, dado o volume de atendimentos que possui.

Este calendário englobará tanto os prazos para pedidos dos setores, quanto os prazos do almoxarifado para entrega.

Os pedidos que forem encaminhados após o prazo estipulado na programação, poderão ser agendados para a semana seguinte, de acordo com o calendário, salvo extrema necessidade do item informado pelo gestor.

No momento da entrega nos setores, deverá haver uma pessoa responsável para o recebimento dos produtos da solicitação, para que não haja atrasos nas entregas das outros departamentos.

13. Balanço Mensal de Movimentação de Estoque

Com objetivo de controlar a movimentação de estoque no encerramento de cada mês, o almoxarifado deverá fazer um levantamento dos materiais disponíveis no estoque e o responsável emitir junto ao sistema o relatório denominado Balancete por Item em 2 (duas) vias que será encaminhado à Diretoria Administrativa até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente.

14. Aquisição de Materiais para o Estoque

O Almoxarife efetua o pedido ao setor de compras, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

15. Controle de Estoque

15.1 Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a entrada no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

a) Aquisição

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

b) Transferência

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo),utilizando para isso a Guia de Remessa/Devolução.

c) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada,sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quanto aos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualquer doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

15.2. Saída

15.2.1. Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do Formulário de Requisição, que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores. O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão,para a Coordenação Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para o responsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

15.2.2 Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

a) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

b) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a Guia de Remessa/Devolução que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

c) Baixa por inservível

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais às necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 se classifica como:

- Ocioso: quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;
- Irrecuperável: quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.
- Vencido: quando se tornar impróprio para uso em razão da perda de sua validade.

Para este processo utiliza-se o Termo de Baixa de Materiais, com o tipo 01 - Inservibilidade.

d) Baixa por Avarias

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 - Avarias. .

e) Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais,outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das responsabilidades, utilizando para esse processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-Sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade policial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Coordenação Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somente após a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

16. Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedade de materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distribuição (equipamentos, utensílios etc.)

e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidar e divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito da Policlínica, facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

a) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatórios gerenciais para a tomada de decisões.

b) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecido em função de:

✓ Aplicação do material CADERNO, brochura

✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado

✓ Tipo de material BARRA, chata

c) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais. Nelas são informadas:Peso; Cor; Dimensão; Resistência; Voltagem; Composição; Volume; Capacidade; Densidade; Outros.

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

d) Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a função opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);

- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

e) Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador),Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.

Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material.Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico
- Letras Minúsculas Nome Modificador, Características Físicas e Descrição Complementar.

17. Inventário

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.

Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

a. Inicial: será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.

b. De transferência de responsabilidade: será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.

c. Eventual: Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.

d. Anual: No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almoxarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório Termo de Inventário deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

18. Responsabilidade

Todo colaborador poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almoxarifado deverá imediatamente comunicar o fato à Coordenação Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

19. Considerações Finais

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almoxarifado, estabelece

regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais na Policlínica.

A implantação de procedimentos de um almoxarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almoxarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise de custo benefício nos procedimentos de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizar os cumprimentos às legislações que tratam do tema.

3.3.4.2 Patrimônio

Em relação ao Recurso Patrimonial, o contrato de gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis, conforme Edital, disponibilizados para a Entidade parceira mediante Termo de Permissão do Direito de Uso. Em caso de extinção, término de contrato, falência ou situações similares da contratada, o patrimônio será retomado para a Secretaria Estadual de Saúde ou passará para outra instituição qualificada na forma da Lei e autorizada a recebê-lo. Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta da contratante.

A BHCL somente realizará sua troca/substituição após terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante e deverão ser incorporadas ao patrimônio do Estado. Em caso de avarias ocorridas durante a concessão dos equipamentos a responsabilidade de reposição fica com a BHCL. As trocas/substituições efetuadas pela BHCL deverão ser aprovadas pela Secretaria Estadual de Saúde, com o provisionamento dos repasses financeiros ano a ano.

1. **Conceito Básico**

Patrimônio Público: O Conselho Federal de Contabilidade define patrimônio público pela Norma Brasileira de Contabilidade Técnica 16.2 aprovada sob resolução nº 1129/2008 como: "O conjunto de direitos e bens, tangíveis ou intangíveis, onerados ou não, adquiridos, formados, produzidos, recebidos, mantidos ou utilizados pelas entidades do setor público, que seja portador ou represente um fluxo de benefícios, presente ou futuro, inerente à prestação de serviços públicos ou à exploração econômica por entidades do setor público e suas obrigações".

As principais atribuições do Serviço de Patrimônio, são:

- Organização e manutenção do cadastro de bens móveis e imóveis da unidade de saúde.
- Identificação dos bens móveis, com fixação de plaquetas aos bens para fins de inventário.
- Preparação de processos de alienação de bens móveis da instituição considerados em desuso ou inservíveis, na forma da Lei.
- Orientação sobre a utilização dos materiais permanentes.
- Fiscalização das unidades no tocante ao cumprimento das normas de conservação e segurança dos bens móveis e imóveis com periodicidade de manutenção preventiva e corretiva.
- Manutenção preventiva, corretiva e emergencial dos bens móveis e imóveis da instituição.
- Registro, carga, relatório e demais documentações no que se refere a bens móveis e imóveis.
- Conferência da entrega de material permanente.
- Confecção de balanço do estado dos bens móveis e imóveis da instituição.
- Confecção de relatórios de pendências sobre troca e aquisição de bens móveis e imóveis solicitados.
- Controle, fiscalização e sugestão de novas propostas no que se refere a patrimônio, cargas, transportes, distribuição e controle.
- Recebimento de novas solicitações, trocas ou sugestões quanto à aquisição de materiais permanentes para composição de projeto de aquisição junto a Presidência Executiva do da instituição.
- Elaboração de serviços de manutenção dos móveis e imóveis quando estes forem de pequena monta, comunicando ao setor matriz ou filial da BHCL quando se tratar de manutenção mais complexa.
- Supervisão de móveis e imóveis no que se refere a serviços de manutenção preventiva.
- Desenvolver projetos específicos da Área de Patrimônio.
- Propor procedimentos para administração do patrimônio do serviço de saúde.
- Elaborar manuais.
- Assessorar as unidades em questões da área.
- Elaborar e ministrar treinamento da Área de Patrimônio mensurar e apresentar mensalmente ao Conselho Administrativo os indicadores de custos, de

produtividade e qualidade dos patrimônios da instituição.

- Outras atribuições inerentes à área.

ATIVIDADES GERAIS DO SERVIÇO DE PATRIMÔNIO

- Gestão de Bens (Gêneros Patrimoniais)
  - Móvel
  - Imóvel
  - Biblioteca
- Incorporação e/ou Registro de Bens
- Incorporar e/ou Registrar os bens em sistema específico.
- Emissão do termo de responsabilidade.
- Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial ou gravação, observada a padronização da etiqueta de código de barras, gerada através de sistema específico ou outra metodologia adotada.
- Tipos de Incorporação e/ou Registro de Bens.
- Por Permuta.
- Avaliações.
- Registros de Bens de Terceiros.
- Doações.
- Fabricação própria ou outros.
- Compra.
- Convênios.
- Tipos de Baixas.
- Por consumo.
- Por inservível.
- Por quebra, desgaste ou avaria.
- Por doação.
- Por dúplice incorporação em exercícios anteriores.
- Por indevida incorporação em exercícios anteriores.
- Por extravio.
- Por sinistro.
- Por permuta.
- Por empréstimo.
- Por furto/roubo.
- Por obsolescência.

- Por descaracterização.
- Cessão de Bens de Terceiros – Convênio.
- Cessão de Bens de Terceiros – Outros.
- Término da Cessão de Uso.
- Tipos de Passagem de Bens.
- Transferência.
- Contrapartida.

Definições

2. Ativo Imobilizado

Item tangível mantido para uso na produção ou fornecimento de bens ou serviços, ou para fins administrativos, inclusive decorrentes de operações que transfiram para a entidade os benefícios, riscos e controle desses bens.

2.1 Aplicação

Os procedimentos deste manual aplicam-se a ativo imobilizado. Os métodos de reconhecimento e mensuração de ativos imobilizados devem ser aplicados também para bens de patrimônio cultural, caso a entidade os possua. Exemplo: um prédio histórico usado como escritório.

A apuração da depreciação, amortização e exaustão deve ser feita mensalmente, enquanto o item do ativo estiver em condições de uso. Ao fim da depreciação, o valor líquido contábil deve ser igual ao valor residual.

2.2 Reconhecimento

2.2.1 Princípio

A entidade deverá estabelecer o princípio geral de reconhecimento para todos os ativos imobilizados quando os custos são incorridos, incluindo os custos iniciais e os subsequentes. Antes de efetuar a avaliação ou mensuração de ativos, faz-se necessário o reconhecimento do bem como ativo.

O ativo imobilizado, incluindo os gastos adicionais ou complementares são reconhecidos inicialmente com base no valor de aquisição, produção ou construção.

O custo de um item do imobilizado deve ser reconhecido como ativo sempre que for provável que benefícios econômicos futuros ou potencial de serviços associados ao item fluirão para a entidade. e se o custo ou valor justo do item puder ser mensurado com segurança.

2.2.2 Critério do valor do conjunto

A Entidade pode apropriar itens individualmente insignificantes, como periféricos de computadores e/ou outros equipamentos. Ao aplicar o critério do valor do conjunto, a entidade deve avaliar todos os seus custos de ativos imobilizados quando ocorrem. Incluem-se nesses custos os incorridos para adquirir ou construir um item do ativo imobilizado e, também os custos posteriores para renovar e substituir suas partes para a continuidade de seu uso.

2.2.3 Ativos imobilizados obtidos a título gratuito

Quando se tratar de ativos imobilizados obtidos a título gratuito, estes devem ser registrados pelo valor justo da data de sua aquisição, sendo que deverá ser considerado o valor resultante da avaliação obtida com base em procedimentos técnicos ou valor patrimonial definido nos termos da doação.

3. Classificação dos Bens

Os bens obedecem basicamente a três critérios de classificação: quanto ao seu domínio, à sua natureza e ao seu estado físico. Lembrando que todos esses critérios têm reflexo no valor evidenciado no balanço patrimonial.

3.1 Critérios de Classificação

3.1.1 Quanto ao domínio

3.1.1.1 Bens da Entidade (próprios)

São os bens incorporados ao patrimônio, e que recebem um número de tombamento. As modalidades de incorporação podem ser por aquisição através de empenho, doação, transferência, permuta, fabricação.

3.1.1.2 Bens de Terceiros

São os bens recebidos em comodato, empréstimo ou locação e que não integram o patrimônio da instituição. Mesmo assim, o registro é obrigatório no sistema de gestão do patrimônio com propósito de identificar os bens e acompanhar sua utilização enquanto localizados no interior das unidades administrativas da entidade.

3.1.2 Quanto a natureza

3.1.2.1 Bens Tangíveis

- Divide-se em bens móveis e imóveis.

3.1.2.1.1 Bens Móveis

São os bens permanentes e de consumo, compreende o valor da aquisição ou incorporação

de bens corpóreos, que têm existência material e que podem ser transportados por movimento próprio ou removidos por força alheia sem alteração da substância ou da destinação econômico-social, para a produção de outros bens ou serviços.

Como exemplo de bens móveis temos as máquinas, aparelhos, equipamentos, ferramentas, bens de informática e processamento de dados, móveis, utensílios, materiais culturais, de comunicação, veículos, entre outros.

a) Bens Permanentes

São aqueles cuja característica, em razão de sua utilidade, apresentam durabilidade superior a dois anos de uso. A Lei 4320/64 específica essa característica no seu art. 15 § 2, assim como a Portaria 448/02, art. 3º da Secretaria do Tesouro Nacional define critérios como durabilidade, fragilidade, perecibilidade, incorporabilidade, transformabilidade e finalidade para classificar um bem como permanente.

b) Bens de Consumo

São aqueles que com o uso corrente perdem suas características em tempo menor a dois anos e, portanto, sua vida útil é limitada a período inferior a esse prazo. A Lei 4320/64 e a Portaria 448/02 da STN expressam esses detalhes.

3.1.2.1.2 Bens Imóveis

Compreende o valor dos bens vinculados ao terreno, edificações que não podem ser transportadas ou retiradas sem o estrago ou prejuízo. Como exemplo temos imóveis residenciais, edifícios, terrenos, aeroportos, pontes, viadutos, hospitais, unidades de saúde, escolas, creches ou centros de educação infantil, obras em andamento.

3.1.2.2 Bens Intangíveis

Constituem o patrimônio não físico, ou seja, expressam valor sem ser por suas características físicas. Marcas e patentes constituem bom exemplo dessa espécie de bens.

3.1.3 Quanto à utilização

Assim como os bens móveis, os imóveis podem ser de uso especial, de uso comum, bens dominicais.

3.1.3.1 Bens de Uso Especial

Compreendem os destinados a serviço ou estabelecimento da administração federal, estadual ou municipal, com finalidade específica e de utilização permanente. Exemplo: Hospitais, escolas, unidades de saúde, aeroportos, museus, terrenos.

3.1.3 Bens de Uso Comum

Correspondem aos bens destinados ao uso da comunidade, individual ou coletivamente, sejam constituídos natural ou artificialmente, como estradas, ruas e praças. Podem ser encontrados em duas classes de ativos: de infraestrutura e bens do patrimônio cultural.

Os bens de uso comum denominados de infraestrutura são formados por sistemas de esgoto, sistemas de abastecimento de água e energia e rede de comunicação.

Os bens de uso comum caracterizados como bens do patrimônio cultural possuem essa classificação devido sua importância histórica, cultural ou ambiental. Incluem monumentos e prédios históricos, sítios arqueológicos, áreas de conservação e reservas naturais.

3.1.3.3 Bens Dominicais

Representam aqueles que não possuem uma destinação definida, possuem características diferentes, podem ser utilizados em qualquer fim. Caso a administração julgar conveniente, podem ser alienados.

3.1.4 Quanto ao estado físico

Os bens podem apresentar-se fisicamente como servíveis, inservíveis, obsoletos, ociosos, antieconômicos, irrecuperáveis ou outras classificações.

3.1.4.1 Bens Servíveis

Constituem-se por bens móveis e imóveis, cuja utilização se faz necessária pela administração para o desempenho à prestação dos serviços públicos. Ainda, admite classificação pelo seu estado de conservação podendo ser bom, ótimo, regular.

3.1.4.2 Bens Inservíveis

São bens que deixaram de ser utilizados, dessa forma, torna-se inviável permanecerem no patrimônio da instituição, devolvendo-lhes ao depósito para futura alienação. Apresentam subdivisões.

3.1.4.3 Bens Obsoletos

São bens que ficaram em desuso devido às inovações tecnológicas.

3.1.4.4 Bens Ociosos

São bens em bom estado de conservação, mas não utilizados pela administração pública.

3.1.4.5 Bens Antieconômicos

São aqueles na qual a manutenção se torna muito caro para a administração e, os resultados apresentados pelo seu uso após o conserto é pouco perceptível ou nulo devido ao seu desgaste.

3.1.4.6 Bens Irrecuperáveis

São os bens que perderam sua utilização vinculada às suas características físicas, ou seja, ficam impossibilitados para o uso adequado com a finalidade de sua aquisição.

3.1.4.7 Outras Classificações de Bens

Ainda podemos relatar bens que se enquadram classificados como recuperáveis, regulares, ruins e danificados.

4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico

Estado do Bem	Destinação/Utilização
Servível	Normal
Obsoleto	Redistribuir/Alienar
Ocioso	Redistribuir
Antieconômico	Alienar
Irrecuperável	Alienar
Outros	Alienar
Contaminado	Inutilizar

5. Sistema de Controle do Patrimônio

O Sistema de Controle de Patrimônio exibe-se como uma ferramenta de gestão e controle e que oferece a possibilidade de analisar quantitativa e qualitativamente os bens permanentes em uso de uma entidade e, registrar o controle desse patrimônio, no caso o público.

Para o controle correto, os bens devem ser registrados adequadamente, sejam móveis, imóveis ou intangíveis no patrimônio, pois são bens adquiridos com o uso dos recursos públicos e

não públicos e ficam à disposição da instituição para realizar as atividades vinculadas a ele.

Para um sistema eficiente de controle patrimonial são necessárias constantes atualizações dos registros de forma que permitam acompanhar toda a vida útil do bem, com registros de entrada, movimentações internas e saída da instituição.

A entrada de um bem no patrimônio ocorre através do tombamento, as alocações são realizadas pelas transferências e movimentações e a saída ocorre pela baixa do bem.

O processo de tombamento ocorre quando o bem já está na administração, dessa forma o tombamento deve conter um conjunto de informações sobre sua identificação, classificação, local de sua vinculação, responsável pelo bem, valor de aquisição caso adquirido com recursos orçamentários, número de empenho, nota fiscal, fornecedor, data de aquisição e a plaqueta que o identifica.

A numeração da plaqueta é única e exclusivamente utilizada para um único bem. Jamais poderá ser usada em outro bem.

5.1 Instrumentos utilizados para controle do patrimônio

São os caminhos que a administração emprega através do setor responsável pelo patrimônio para controlar os bens móveis e imóveis.

Todo servidor tem a responsabilidade pelo acervo patrimonial pertencente à sua unidade de trabalho. Ressalta-se ainda que, independentemente da delegação, todo servidor usuário dos bens é corresponsável assumindo obrigações de zelar, guardar, conservar, utilizar de forma adequada, informar qualquer movimentação, irregularidade ou a baixa do bem. São atividades operacionais simples e que contribuem bastante para checar a situação do patrimônio público.

Entre elas citamos:

5.1.1 Etiqueta de identificação

Trata-se da plaqueta anexa ao bem com o número de seu registro. Através desse número pode-se colher as informações sobre o bem.

5.1.2 Termo de responsabilidade

É o apontamento que identifica o responsável pelo bem. Sugere ainda no termo a evidenciação da localidade em que o bem se encontra. O termo de responsabilidade será emitido sempre que ocorrer: tombamento de bens, mudança de responsável pela guarda de bens, mudança de localização de bens e renovação anual.

5.1.3 Termo de transferência

Neste documento estão as informações de movimentação do bem entre as unidades ou órgãos da instituição pública.

5.1.4 Termo de doação

É o meio pelo qual se formaliza uma doação de um bem pela entidade. Para o recebimento, documentos fiscais do bem são necessários, assim como para a entrega a outra instituição.

5.1.5 Termo de vistoria de veículo

Documento que relata o estado físico dos veículos. Ao movimentar um veículo de um setor para outro é interessante que se faça vistoria para se precaver de problemas futuros.

5.1.6 Termo de baixa

Ao dar a saída do bem, emite-se um documento informado o motivo da baixa pelo setor onde está alocado ao setor de patrimônio.

5.1.7 Sistema eletrônico de patrimônio

O próprio sistema de gestão utilizado pela entidade, nele registra-se todas as informações tratadas acima bem como outras que se julgarem necessárias para um efetivo controle patrimonial.

5.1.8 Organização documental do setor de patrimônio

Deverá o setor de patrimônio arquivar as vias originais dos seguintes documentos: termos de responsabilidade, termo de movimentação de bens, laudo e relatórios específicos para baixa, avaliação e reavaliação.

Ainda, para fins de controle, cópias de notas fiscais de bens incorporados, termo de registro de bens e cópia de empenho. As etiquetas de bens em processo de desfazimento ou alienação deverão ser arquivadas em conjunto com seus respectivos processos de baixa.

6. Classificação de Materiais Permanentes

A Administração, com base em tudo o que foi apresentado acima e para melhor adequação conforme as necessidades internas de mensuração no patrimônio e controle deste, propõe alguns critérios para classificar materiais permanentes e consequentemente na categoria bens móveis no patrimônio da entidade prefeitura.

Isso não significa que os materiais sem tombamento ficarão sem controle. O controle será realizado na forma de relação de materiais sob responsabilidade do setor ao qual for destinado.

Há um processo de controle pouco mais flexível para estes, que não levarão a plaqueta na

sua estrutura física. O bem é controlado pelo setor de patrimônio através de um controle como relação de materiais do setor.

Outros bens que devido sua estrutura física impossibilitem a plaqueta ficar afixada no bem ou cause dificuldade de manuseio ou operacionalidade das funções a que se destina, a plaqueta poderá ficar guardada e direcionada para ele. As características, descrição, forma de aquisição referente àquele bem serão registradas no sistema de gestão.

7. Materiais de consumo

Para os bens que supostamente tem sua durabilidade em média aos dois anos de uso como os descritos pela Lei 4320/64, art. 15, § 2, mas que na prática acabam perdendo suas características por danos ou outros motivos, a administração os defende como materiais de consumo ou o não tombamento.

8. Depreciação

De acordo com MCASP – Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, a entidade pública deve evidenciar ao longo de um período de utilização dos bens tombados, o desgaste do seu ativo imobilizado através de operações patrimoniais de variação diminutiva de depreciação, amortização ou exaustão.

Para o registro da depreciação, amortização e exaustão devem ser abordados os seguintes aspectos ou critérios:

- Obrigatoriedade do seu reconhecimento.
- Valor da parcela que deve ser reconhecida como variação passiva independente da execução orçamentária.
- Circunstâncias que podem influenciar seu registro.

Esses registros devem observar o princípio da competência, que reconhece as transações e os eventos aos períodos a que se referem. Portanto, os fatos que afetam o patrimônio público devem ser contabilizados por competência.

Um desses fatos é a depreciação, definida no MCASP como "a redução do valor dos bens pelo desgaste ou perda de utilidade por uso, ação da natureza ou obsolescência".

O manual sugere ainda que, na falta de taxas de depreciação estabelecidas para a entidade do setor público, pode-se seguir os percentuais estipulados pela SRF através das Instruções Normativas 162/98 e 130/99.

No setor público, a NBC T 16.9, editada pelo CFC, estabelece conceitos, regras e metodologias de cálculo para depreciação que são: das quotas constantes, da soma dos dígitos e o das unidades produzidas.

A apuração da depreciação, amortização ou exaustão deve ser contabilizada mensalmente e com o item componente do ativo em condições de uso.

Ao final de cada exercício financeiro, a entidade deve revisar a vida útil e o valor residual do item do ativo.

A depreciação se inicia quando o item do ativo está disponível para uso, ou seja, na aquisição logo após o tombamento do bem, que é a forma mais abrangente da entrada de bens no patrimônio da entidade. Como resultado da depreciação, o valor líquido apurado do bem deve ser o mesmo do valor residual.

A entidade pode estipular que determinados bens sejam depreciados a taxas diferentes de acordo com suas particularidades e características diferenciadas que assim o exijam.

8.1 Depreciação Acelerada

Refere-se à diminuição acelerada do valor de bens móveis usados com maior frequência que o normal. Como exemplo, os veículos/máquinas que prestam serviços sem interrupção ou poucas horas de inutilização. Nestes casos, calcula-se o número diário de horas de produção e aplica-se coeficientes de depreciação sobre as taxas adotadas.

Algumas taxas a serem utilizadas:

- 1,0 – para turnos de 8 horas de operação.
- 1,5 – para dois turnos de 8 horas de operação.
- 2,0 – para três turnos de 8 horas de operação.

Nessas condições, um bem cuja taxa normal de depreciação seja de 10% ao ano poderá ser depreciado em 15% ao ano se operar 16 horas por dia, por exemplo.

9. Reavaliação

Método de mensuração que visa adequar o valor contábil de um ativo com o seu valor justo. Caso o valor justo do bem seja superior ao valor líquido contábil deve- se realizar a sua reavaliação. Ou seja, entende-se por reavaliação o procedimento de atualização dos valores de bens de uma instituição, onde a diferença de valores encontrada deve-se registrar no patrimônio.

E, para os bens móveis com valores significativos de mercado e que apresentem distorção evidente de valor registrado contabilmente, adotar-se-á o mesmo procedimento. Durante a elaboração dos inventários deve ocorrer a reavaliação dos bens integrantes do patrimônio.

Para os bens recebidos por doação ou transferência, a reavaliação deve ocorrer imediatamente ao ingresso no patrimônio da Entidade.

A entidade deve observar que, quando um item do ativo imobilizado é reavaliado, a depreciação acumulada na data da reavaliação deve ser eliminada contra o valor contábil bruto do

ativo, atualizando-se o seu valor líquido pelo valor reavaliado.

Esse valor ajustado decorrente da atualização ou da eliminação da depreciação acumulada faz parte do aumento ou da diminuição no valor contábil registrado.

É necessário evidenciar que quando um item do ativo imobilizado for reavaliado, todo o grupo ou a classe de contas à qual ele pertence deve incidir o mesmo procedimento.

A Lei 4.320/64 em seu artigo 106, § 3º faculta a reavaliação de bens móveis e imóveis para que a Administração Pública possa proceder tal reavaliação, pois, em dadas circunstâncias, o patrimônio público pode configurar valor maior que o real da entidade.

A reavaliação será realizada por Comissões Internas ou por empresa especializada, devendo emitir Relatório de Vistoria e Avaliação do Bem. Para a reavaliação, alguns fatores devem ser observados como o estado físico do bem, o período de vida útil futura ou remanescente e o período de utilização do bem.

O laudo técnico ou relatório de avaliação deve especificar as seguintes informações:

- Documentação com a descrição detalhada referente a cada bem que esteja sendo avaliado.
- Identificação contábil do bem (conta, classe).
- Critérios utilizados para a avaliação e sua fundamentação.
- Data de avaliação.
- Identificação do(s) responsável(is) pela reavaliação.

Caso seja impossível estabelecer o valor de mercado do ativo, pode-se definir um parâmetro de referência que considere um bem com características, circunstâncias e localizações semelhantes.

3.3.4 Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos

A BHCL discorre a seguir, em como operacionalizará as atividades administrativas-financeiras, apresentando o manual com as atividades de cada setor e atribuições de cada cargo.

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRACAO FINANCEIRA

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta

Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência Contábil e Financeira está subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão dos Serviços de Contas a Pagar e Receber, Tesouraria e Contabilidade, observando normas e diretrizes para a realização dos trabalhos.

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade de Saúde.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.

A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por:

- Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber Serviço de Tesouraria
- Serviço de Contabilidade

Do Serviço de Contas a Pagar / e ou receber

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades de contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controles e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa.
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos.
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Do Serviço de Tesouraria

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento

Ao Serviço de Tesouraria compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade de Saúde.
- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Tesouraria é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Do Serviço de Contabilidade

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade de Saúde.

Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas.
- Promover as devidas depreciações dos bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

Rotinas Básicas do Serviço de Contabilidade Escrituração Fiscal

Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade quando necessário.
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos.
- Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

Conciliação Contábil

Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil da Razão com os relatórios dos estoques.
- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição.
- Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade para efeitos prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação pelo Gerente Contábil e Financeiro.
- Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando sua correta contabilização quando das importações.

Geração e Transmissão de Arquivos - Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Superintendentes Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.
- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

Rotinas Básicas do Serviço de Contas a Pagar - Pagamentos

Ação/ Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.
- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de acordo com os saldos nas contas-correntes.
- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.
- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.
- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.
- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados.
- Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas-correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.

- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

Rotina Básica do Serviço de Tesouraria

- Conferência dos extratos bancários.
- Receber repasse de numerários dos diversos setores.
- Acompanhamento dos recebimentos do SUS.
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação. Pagamento via suprimento de Caixa.
- Pagamento de Fornecedores.
- Alimentação da Posição de Saldos.
- Fechamento do Caixa da Tesouraria.
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve.
- Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática.

Pagamento Via Suprimento de Caixa (Fundo Rotativo) - Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador responsável.
- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras.
- Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.
- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e lançar na REST das Notas fiscais de serviços.
- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.
- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.
- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise. Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

Pagamento de Fornecedores (PAGAMENTOS Via Cheque Nominal) - Ação/ Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos.) Efetivar os

pagamentos e colher as devidas quitações.

- Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

Fechamento do Caixa da Tesouraria - Ação/ Descrição

- Controlar o saldo do caixa tesouraria, efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.
- Receber o repasse efetuado pela Tesouraria, conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

3.4 Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade

3.4.1 Implantação do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH Programa de Humanização na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão.

Gestores e equipes de profissionais se deparam, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho.

No entanto, é justamente a realização destas tarefas - construção de um espaço coletivo para reflexão sobre sua realidade institucional e profissional, e busca de saídas criativas para os desafios encontrados - que poderão facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

A humanização dos estabelecimentos assistenciais de saúde tem uma diretriz transversal e constitui-se num conjunto de ações sobre diversas práticas e condições na prestação dos serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do Sistema, formando uma construção coletiva de todos os envolvidos. Para o Ministério da Saúde, trata-se de uma das estratégias para alcançar a

qualificação da atenção e da gestão em saúde. Trata-se de uma forma de tornar parceiros tanto usuários como profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços, um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos Interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Duas recomendações para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde na instituição:

A. Gestão participativa

Desenvolver padrões de cuidados mais humanizados para os usuários requer formas de relação institucionais mais humanizadas também entre funcionários e chefias, entre os próprios colegas e pessoas que trabalham nas mesmas áreas, com formações e responsabilidades diferentes.

B. Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GT)

Quem são seus integrantes

É recomendável que façam parte deste grupo profissionais da direção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, da chefia dos setores e serviços, e técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha, etc.) de modo a se contar com uma participação equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos.

Proposta de Projeto de Implantação do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH Programa de Humanização da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

1. Introdução

A humanização no contexto dos serviços de saúde transcende o simples ato de cuidado, assumindo um papel crucial na promoção de um atendimento mais compassivo e centrado nas necessidades do paciente. Ela se configura como um imperativo ético, essencial para garantir o respeito à dignidade humana e fortalecer a qualidade da assistência. Ciente dessa realidade, a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, propõe a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), um mecanismo estratégico que, integrado ao Programa de Humanização, visa institucionalizar práticas de acolhimento, respeito e empatia em todos os níveis da organização. A iniciativa busca consolidar o Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, como referência no atendimento humanizado na região.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Estabelecer e institucionalizar o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis com vistas à promoção de uma cultura organizacional centrada no respeito à dignidade humana, na empatia e na melhoria contínua da experiência de cuidado.

2.2. Objetivos Específicos

- Fomentar uma cultura organizacional na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, que valorize práticas de humanização e acolhimento, integrando-as às rotinas assistenciais.
- Promover a participação ativa dos colaboradores, pacientes e familiares no desenvolvimento de políticas de humanização específicas para a Policlínica.
- Desenvolver e implementar ações concretas que favoreçam a criação de um ambiente mais acolhedor e humanizado para todos os usuários do na Policlínica.
- Monitorar e avaliar continuamente as práticas assistenciais da unidade, utilizando indicadores de desempenho para aperfeiçoamento contínuo.
- Assegurar que os princípios de humanização estejam presentes em todas as interações no na Policlínica, desde o atendimento ao paciente até as relações interpessoais entre os profissionais de saúde.

3. Justificativa

O contexto de Unidade de Saúde, particularmente em uma instituição com a magnitude da Policlínica, frequentemente impõe desafios complexos que podem, inadvertidamente, resultar na desumanização do cuidado. A crescente pressão por eficiência e produtividade, aliada ao desgaste emocional dos profissionais de saúde, pode comprometer a experiência de pacientes e familiares. Nesse sentido, a criação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) representa uma resposta estruturada e necessária para reverter tal cenário na Policlínica. Ao promover práticas integradas e colaborativas, o GTH terá como principal objetivo fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, melhorando significativamente a qualidade assistencial e o clima organizacional.

4. Metodologia

4.1. Estrutura do GTH

O GTH na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será constituído por uma equipe multidisciplinar, composta por:

- Supervisor de Humanização: Responsável pela liderança estratégica e operacional do grupo, assegurando o cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas.

- Representantes dos Setores: Membros de setores-chave do na Policlínica, como enfermagem, serviços médicos, administrativos e operacionais, garantindo a transversalidade das ações de humanização.
- Representantes de Pacientes e Familiares: Envolvimento direto de pacientes e familiares para contribuir com a construção de uma assistência centrada nas necessidades reais dos usuários na Policlínica.

4.2. Fases de Implantação

- **Fase 1: Sensibilização e Planejamento**

Realização de encontros com as lideranças e equipes técnicas da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, para expor os objetivos e a relevância da humanização no contexto em Unidade de Saúde.

Levantamento e mapeamento das práticas atuais relacionadas à humanização na unidade, identificando os pontos críticos que necessitam de aprimoramento.

Definição das ações prioritárias a serem desenvolvidas pelo GTH, alinhadas às necessidades identificadas da Policlínica .

- **Fase 2: Formação da Equipe e Capacitação**

Seleção criteriosa dos membros que comporão o GTH, assegurando representatividade de diferentes setores da Policlínica.

Realização de capacitações voltadas para a Política Nacional de Humanização (PNH) e outras práticas de humanização, com ênfase no cuidado centrado no paciente e no trabalho colaborativo.

- **Fase 3: Implementação das Ações de Humanização**

Adoção de medidas voltadas à criação de um ambiente de saúde mais acolhedor na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis (ex.: melhorias estruturais e na sinalização).

Estabelecimento de canais eficazes de comunicação entre pacientes, familiares e a equipe de saúde na Policlínica, garantindo o fluxo contínuo de informações e feedbacks.

Implementação de programas de apoio e valorização dos colaboradores da Policlínica, focando especialmente na saúde mental e no bem-estar dos profissionais.

- **Fase 4: Monitoramento e Avaliação**

Desenvolvimento de indicadores robustos que permitam monitorar o impacto das ações do GTH na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, como a redução de queixas, melhora do clima organizacional e aumento da satisfação dos usuários.

Realização de reuniões periódicas para revisão e readequação das ações implantadas, promovendo uma melhoria contínua dos processos dentro da Policlínica.

5. Recursos Necessários

5.1. Recursos Humanos

- Supervisor de Humanização, com expertise em gestão de processos humanizados, especificamente voltados para a realidade da Policlínica.
- Equipe multidisciplinar, abrangendo profissionais da saúde, administrativos e operacionais, da Policlínica.
- Profissionais de comunicação para apoiar a divulgação e sensibilização das ações de humanização na Policlínica.

5.2. Recursos Materiais

- Materiais gráficos e informativos para a divulgação das ações (banners, folders, murais) na Policlínica.
- Espaço físico adequado para reuniões e eventos formativos.
- Recursos para a realização de campanhas temáticas e atividades de valorização do paciente e dos colaboradores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

5.3. Recursos Financeiros

- Investimento inicial destinado à capacitação da equipe e à sensibilização de todo o corpo clínico e administrativo na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

6. Cronograma

Atividade	Duração	Responsável
Sensibilização e planejamento	2 meses	Coordenador de Humanização
Formação e capacitação da equipe	3 meses	Coordenador e Equipe GTH
Implementação das ações de humanização	5 meses	GTH
Monitoramento e avaliação inicial	Contínuo	GTH

7. Resultados Esperados

- Melhoria perceptível na qualidade do atendimento prestado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, caracterizado por maior empatia, respeito e acolhimento aos usuários.
- Elevação dos índices de satisfação de pacientes, familiares e colaboradores da Policlínical.
- Desenvolvimento de um ambiente de trabalho mais integrado e colaborativo na Policlínica, refletindo diretamente na qualidade assistencial.
- Redução substancial de reclamações relacionadas ao atendimento na Policlínica e aumento na resolução de conflitos de forma humanizada.

8. Considerações Finais

A implantação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, configura-se como uma estratégia fundamental para institucionalizar práticas de humanização, impactando positivamente a experiência de pacientes, familiares e profissionais.

3.4.2 Projetos de Sustentabilidade

A BHCL declara ter o compromisso, com o estabelecimento, implementação e manutenção da política ambiental, suas diretrizes, objetivos, responsabilidades e recursos para a gestão, de modo que os aspectos e impactos ambientais advindos de suas atividades, produtos e serviços, sejam gerenciados e mitigados, contribuindo para a Sustentabilidade. As diretrizes estabelecidas têm caráter abrangente nos níveis corporativo, regional ou local da Instituição, podendo ser estratificadas para se adequarem aos diferentes escopos do SGA - Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade da Diretoria Executiva:

− Implementar a Política Ambiental em sua área de responsabilidade e criar mecanismos para a sua disseminação ao público interno e externo;

− Apoiar estrategicamente a implementação, manutenção e melhoria do Sistema de Gestão Ambiental, de modo que possa ser aplicado no âmbito corporativo, regional ou local da Instituição;

− Identificar e planejar os recursos essenciais para implementar, manter e melhorar continuamente o Sistema de Gestão Ambiental;

− Orçar os recursos essenciais para o Sistema de Gestão Ambiental que incluam recursos humanos e habilidades especializadas, infraestrutura organizacional, tecnologia e recursos financeiros;

− Garantir a disponibilização dos recursos para a gestão ambiental;

− Definir, documentar e comunicar funções, responsabilidades e autoridades, visando facilitar uma gestão ambiental eficaz;

− Estabelecer, revisar e adequar processos, de modo a obter melhoria do desempenho ambiental;

− Estabelecer, implementar e manter objetivos e metas ambientais documentados, nas funções e níveis relevantes na organização;

− Prover os meios e determinar os prazos nos quais os objetivos e metas ambientais sejam atingidos;

− Estabelecer mecanismos, processos e procedimentos de gestão ambiental nos escopos estabelecidos;

− Realizar as análises críticas do Sistema de Gestão Ambiental, em intervalos planejados para assegurar sua continuada adequação, pertinência e eficácia;

− Proporcionar que o Sistema de Gestão Ambiental, em sua área de responsabilidade seja auditado em intervalos determinados;

− Subsidiar a tomada de decisão sobre comunicar externamente ou não os aspectos ambientais significativos;

− Promover a melhoria do desempenho do Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade dos Representantes da Direção:

− Coordenar, estabelecer, revisar e adequar o modelo de gestão para os processos que compõem o Sistema de Gestão Ambiental de modo a obter melhoria de seu desempenho;

− Assegurar o cumprimento da política, objetivos e programas ambientais;

− Garantir o atendimento aos requisitos legais e outros relacionados ao escopo estabelecido para o Sistema de Gestão Ambiental;

− Promover mudanças para mitigação dos aspectos e impactos ambientais das atividades, produtos e serviços do escopo;

− Conduzir a implementação e manutenção do Sistema de Gestão Ambiental, através de treinamentos ou outras ações e acompanhamentos sistemáticos;

− Manter e melhorar o Sistema estabelecido utilizando-se dos processos de ação corretiva, preventiva, auditorias sistemáticas e análise crítica;

− Relatar o desempenho do Sistema de Gestão à Alta Direção para análise crítica e melhoria do Sistema de gestão ambiental.

Diretrizes:

1. Liderança

− Apoiar as ações estratégicas relativas à gestão ambiental estimulando a participação de todos;

− Assegurar o compromisso para alcançar a excelência do desempenho ambiental;

− Comunicar o comprometimento, as prioridades e as ações da Instituição junto às partes interessadas;

− Estimular a difusão e implementação das melhores práticas ambientais.

2. Atendimento à Legislação Ambiental e Requisitos Estatutários

− Cumprir a legislação pertinente às atividades, produtos e serviços;

− Adotar uma postura de transparência e ética nas suas relações com as partes interessadas.

3. Prevenção da Poluição e Melhoria Ambiental

− Promover a melhoria contínua dos processos, serviços prestados pela Instituição e seus resultados, visando à qualidade ambiental;

− Desenvolver ações voltadas para a ecoeficiência, para prevenção da poluição, mitigação da geração de resíduos sólidos, das emissões de gases efeito estufa e redução do consumo de recursos naturais em seus processos, produtos e serviços;

− Desenvolver operações planejadas e seguras às pessoas e ao meio ambiente;

− Aperfeiçoar continuamente os indicadores ambientais, de modo a torná-los cada vez mais precisos e uniformes com consequente incentivo ao cumprimento das metas estabelecidas;

− Desenvolver suas atividades pautadas no gerenciamento dos riscos.

4. Gestão de Fornecedores

− Promover o engajamento e comprometimento dos fornecedores com as questões ambientais;

− Selecionar fornecedores com base em requisitos ambientais;
− Incluir requisitos ambientais na especificação de produtos e serviços a serem adquiridos;
− Implementar a logística reversa no processo de aquisição.

5. Gestão de Pessoas

- Estabelecer e implementar programas de educação ambiental aos diversos níveis organizacionais da Instituição e terceiros que atuem em seu nome, objetivando capacitá-los para participação ativa na gestão ambiental;

- Conscientizar todos os seus colaboradores e prestadores de serviços da importância da responsabilidade individual para o atendimento dos objetivos e metas ambientais da Instituição.

A Sustentabilidade é hoje um dos pontos abordados na estratégia dos Hospitais. Há um processo de solidificação do conceito e passa a permear todas as atividades desenvolvidas na Instituição de modo que todos os aspectos referentes às questões sociais, ambientais e econômicas sejam considerados para a tomada de decisões na organização, além de contribuir para a construção de uma cultura organizacional orientada ao desenvolvimento sustentável.

O Manual de PGRRS desenvolvido pela BHCL e utilizado em suas unidades, pode ser adaptado aos serviços objeto deste projeto.

Proposta de Projeto de Sustentabilidade para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

1. Objetivo

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, compromete-se a implementar uma política ambiental que contemple as melhores práticas de sustentabilidade, com foco na gestão dos impactos ambientais de suas atividades. O objetivo é integrar práticas de ecoeficiência e gerenciamento ambiental no cotidiano da unidade, mitigando a geração de resíduos, as emissões de gases de efeito estufa e o consumo de recursos naturais. A política visa também envolver fornecedores e colaboradores no compromisso ambiental, consolidando a cultura de desenvolvimento sustentável na instituição.

2. Público-Alvo

Este projeto abrange toda a operação da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, incluindo os profissionais da saúde, equipe administrativa, fornecedores, prestadores de serviços, pacientes e seus familiares, e demais partes interessadas na gestão ambiental da unidade.

3. Responsáveis

A responsabilidade pelo cumprimento do **Projeto de Sustentabilidade** recai sobre:

- A Diretoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis: responsável pela implementação da política ambiental, alocação de recursos e acompanhamento contínuo das metas estabelecidas.
- Representantes da Gestão: coordenar o Sistema de Gestão Ambiental (SGA), garantindo o cumprimento da política ambiental e promovendo melhorias contínuas.

4. Princípios Gerais

- **Sustentabilidade Corporativa**: A política ambiental será aplicada em todos os níveis da instituição, abrangendo desde a alta direção até os setores operacionais, com metas claras de redução dos impactos ambientais.
- **Compromisso com a Legislação**: A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis se compromete a cumprir todas as leis ambientais vigentes, garantindo uma postura ética e transparente nas relações com as partes interessadas.
- **Educação Ambiental**: A Policlínica promoverá treinamentos e campanhas de conscientização para capacitar os colaboradores e prestadores de serviços na gestão ambiental.
- **Gestão Integrada**: Às práticas de sustentabilidade serão integradas ao sistema de gestão da unidade, envolvendo todos os setores e promovendo ecoeficiência.

5. Fluxo de Atividades

5.1. Implementação do Sistema de Gestão Ambiental (SGA)

Desenvolvimento de Diretrizes Ambientais:

- Definir as diretrizes ambientais que nortearão as ações na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, considerando aspectos como consumo de água, energia e geração de resíduos.
- Estabelecer metas documentadas para reduzir impactos ambientais, alinhadas ao **Sistema de Gestão Ambiental (SGA)**.

Apoio da Diretoria:

- A Diretoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será responsável por planejar os recursos necessários para a implementação e manutenção do SGA, incluindo capacitação de pessoal, aquisição de tecnologia e infraestrutura.

5.2. Gerenciamento de Resíduos e Emissões

PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde):

- Adotar o **Manual de PGRRS** (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), desenvolvido pela BHCL, como ferramenta para a gestão eficiente dos resíduos gerados na unidade.
- Implementar a **logística reversa**, especialmente no descarte de materiais hospitalares e embalagens, incentivando a reciclagem e reaproveitamento de resíduos.
- Reduzir a geração de resíduos sólidos, principalmente perigosos, através da otimização dos processos e da educação dos colaboradores.

Gestão de Emissões de Gases:

- Desenvolver ações para mitigar as emissões de gases de efeito estufa, promovendo o uso de tecnologias mais eficientes, como a troca de equipamentos e veículos por opções de menor impacto ambiental.

5.3. Gestão de Fornecedores

Seleção de Fornecedores:

- Priorizar fornecedores comprometidos com práticas ambientais sustentáveis, utilizando critérios ambientais na escolha de produtos e serviços.
- Estabelecer contratos que incluam cláusulas de respeito ao meio ambiente e requisitos para o manejo sustentável dos produtos adquiridos.

Logística Reversa:

- Implementar a **logística reversa** para os principais materiais consumidos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, garantindo que produtos e embalagens possam ser devolvidos e reciclados de forma segura.

5.4. Gestão de Pessoas e Educação Ambiental

Capacitação:

- Criar programas contínuos de capacitação em **educação ambiental** para todos os níveis organizacionais, promovendo o engajamento dos colaboradores nas práticas sustentáveis.

Conscientização:

- Realizar campanhas internas e externas de conscientização sobre o uso eficiente dos recursos, prevenção da poluição e responsabilidades ambientais de cada colaborador e fornecedor.

6. Indicadores de Qualidade

- **Redução do consumo de recursos naturais (água, energia)** em percentual anual.

- **Diminuição da geração de resíduos sólidos e perigosos** em comparação com os anos anteriores.
- **Taxa de adesão à logística reversa** por fornecedores e prestadores de serviço.
- **Número de treinamentos realizados** em educação ambiental para colaboradores e terceiros.

7. Revisão e Atualização

Este projeto será revisado anualmente pela Diretoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, para garantir que as metas e diretrizes ambientais estejam sempre alinhadas com as melhores práticas do setor e com a legislação vigente. As revisões também consideraram o desempenho ambiental e os resultados obtidos no cumprimento dos indicadores de qualidade.

3.4.3 Manejo odontológico de pacientes com Doença Renal Crônica na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública que vem se destacando no decorrer dos anos, sendo mais prevalente em pacientes entre 45 a 64 anos, principalmente entre aqueles que possuem diabetes e hipertensão. Estes pacientes podem apresentar vários problemas médicos em decorrência da doença, tornando-se necessário que o cirurgião dentista compreenda amplamente sobre o curso destas doenças para que possa atender este público nos consultórios (Little *et al*., 2009).

A DRC é causada devido a destruição de néfrons que passam por diferentes estágios até que ocorra a falência total renal. Esta importante unidade funcional renal, uma vez perdida, não é mais substituída (Little *et al.*, 2009). Pacientes em condições de falência renal devem obrigatoriamente passar por um tratamento dialítico, que consiste em um processo lento, onde o sangue, através de um cateter permanente, é filtrado por uma máquina, realizando a função dos néfrons e eliminando substâncias tóxicas do sangue. Este tratamento leva o paciente a constantes mudanças no seu estilo de vida interferindo diretamente em seu bem-estar (Frazão *et al.,* 2014).

Segundo Romão Júnior (2004), a DRC pode desenvolver a chamada síndrome urêmica, na qual podemos observar algumas manifestações como: irritabilidade, tremores, polineuropatia e miopatia urêmica, náuseas, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e anemia. Além dessas manifestações, outros sistemas podem ser afetados, destacando-se os sistemas cardiorrespiratório, muscular e neurológico. Cury; Brunetto; Aydos (2009) avaliaram uma diminuição na força da

musculatura dificultando a respiração dos portadores de DRC. Su Zhen *et al.* (2017) também demonstraram que no sistema muscular a autofadiga proteolítica está intimamente ligada a fraqueza muscular e, consequentemente, sua perda de massa em pacientes com doença renal crônica. Sabbah (2017) demonstrou que, em pacientes com DRC, a insuficiência cardíaca é desencadeada por complicações na complexa rede que envolve o coração, rins e a vasculatura periférica. Quanto ao sistema neurológico, Guimarães *et al.* (2001) relatam ser comprometido devido a qualidade de sono desses pacientes, podendo chegar a 6,2h de sono por dia, ou seja, abaixo do ideal, comprometendo diretamente a capacidade de concentração dessas pessoas.

Devido a vários complicadores sistêmicos, a DRC pode apresentar inúmeras manifestações orais, tendo origem secundárias as manifestações sistêmicas. O agravamento dessas manifestações, muitas vezes, é causado pela deficiência de atenção à saúde bucal desses pacientes, pela falta de preparo de muitos cirurgiões dentistas ou até mesmo pela insegurança dos profissionais no manejo desses indivíduos, acarretando assim uma resistência por parte desses pacientes em procurar atendimento odontológico com receio de terem sua assistência negada. Outro fator a ser considerado pode estar ligado a autopercepção do mesmo com sua saúde bucal, julgando assim desnecessário a busca de um atendimento odontológico por falta de conhecimento do assunto (Frazão *et al.*, 2014).

Algumas alterações bucais podem estar presentes na DRC como: palidez da mucosa bucal, xerostomia, estomatite urêmica, remodelamento ósseo anormal após exodontia, alterações radiográficas dos ossos, maxilares e mandibulares (perda da lâmina dura e lesões radiolucentes), alta concentração de ureia na saliva, formação de cálculo dentário, mobilidade dentária, erupção dentária atrasada, baixa prevalência de lesões cariosas, maloclusão, dentre outras (Quadrelli & Souza 2019).

Estudo realizado por Sekercioglu *et al.,* (2016) mostrou que, de acordo com exames clínicos realizados em pacientes com DRC, as alterações bucais mais prevalentes foram gengivite, seguida de cálculo dentário, sendo a primeira consequência da segunda. Isso se deve pelo fato de que pacientes em tratamento hemodialíticos apresentam uma concentração de cálcio- fosfato sérico desregulada. Queiroz *et al.* (2013) encontraram resultados muito semelhantes.

Desta forma, é de grande importância que seja realizada uma entrevista clínica detalhada para que sejam eliminados possíveis focos infecciosos, sempre motivando e familiarizando o paciente e seus entes com técnicas de higienização bucal, uso de fio dental e uso de fluoretos (Guevara *et al.,* 2014). Em se tratando de lesões endodônticas, lesões cariosas, doença periodontal e ajustes de próteses, tais demandas devem ser mediadas previamente ao transplante. Dentes com mobilidade dental e que apresentem prognóstico duvidoso devem ser extraídos, além disso, se faz necessário também, a remoção de aparelhos ortodônticos, pelo uso de algumas drogas imunossupressoras,

como a Ciclosporina-A, estarem constantemente associadas à hiperplasia gengiva (Ikuta *et al*., 2016).

Diante de todos esses fatores, a DRC é um problema de saúde pública devido a crescente taxa de prevalência, morbidade e mortalidade, devendo haver uma abordagem multidisciplinar para que os agravamentos da doença sejam reduzidos (Álamo *et al*, 2011).

Discussão

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2023), os rins são glândulas excretoras localizadas na porção posterior do abdome e suas extremidades superiores estão localizadas na altura dos arcos costais mais inferiores. O rim direito é um pouco menor e situado pouco mais abaixo em relação ao rim esquerdo. Seu formato se assemelha a de um grão de feijão, chegando a pesar cerca de 120 a 130g com o tamanho de 10 a 13cm. O rim tem como função principal a filtragem de toxinas como creatinina, um produto residual do metabolismo da creatina e ureia. Quando a função renal é comprometida pode ser caracterizada a insuficiência renal crônica (Malta *et al*., 2019). Tal insuficiência é classificada em seis diferentes estágios, desde 2002, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia com intuito didático (Romão Júnior, 2004).

Os estágios/fases são determinados de acordo com o nível da função renal independente do diagnóstico e de suas causas, a saber:

- 1ª Fase: função renal em estados normais sem lesão renal, mas os portadores têm predisposição para DRC de acordo com grupos de risco (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC), mas que ainda não desenvolveram a DRC. (Romão Júnior, 2004).
- 2ª Fase: Indica função glomerular preservada acima de 90 ml/min/1,73m^2, mas com indícios da lesão renal. (Romão Júnior, 2004).
- 3ª Fase: Insuficiência renal funcional ou leve. Nesta fase os níveis de creatinina e os níveis de ureia se encontram em quantidades normais. O portador não apresenta sinais ou sintomas clínicos e somente métodos apurados irão indicar esta anormalidade, podendo indicar uma filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min/1,73m^2. (Romão Júnior, 2004).
- 4ª Fase: Insuficiência renal laboratorial moderada, estando presentes sintomas brandos referentes ao nível elevado de ureia, mas o paciente ainda se encontra bem clinicamente. O portador pode apresentar alguns sintomas como: lúpus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc. Diferentemente da fase três, qualquer avaliação simples laboratorial indicará níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticos. Filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min/1,73m^2. (Romão Júnior, 2004).
- 5ª Fase: caracteriza-se como insuficiência renal clinica severa, com o paciente já

apresentando sintomas de uremia como: anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos recorrentes. Filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73m^2 (Romão Júnior, 2004).

- 6ª Fase: Insuficiência Renal Crônica (IRC), na qual o paciente já se encontra intensamente sintomático e o tratamento proposto e necessário é a diálise peritoneal ou hemodiálise que são os métodos de depuração artificial do sangue, ou transplante renal. Filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m^2 (Romão Júnior, 2004).

Aqueles pacientes que apresentam anomalias congênitas, como rim solitário ou anomalias do trato urinário, possuem uma maior probabilidade de adquirir DRC em estágio terminal na idade adulta jovem. Independentemente da origem da lesão renal, este problema acarreta uma hiper filtração, que gera hipertrofia dos néfrons remanescentes, progredindo para lesão renal terminal, por isso é o usado o termo "progressão renal". Para alguns pacientes, este declínio ocorre de forma mais rápida e agressiva, já em outros indivíduos ele pode ocorrer de forma leve e branda, como também pode estabilizar e não acontecer. Alguns fatores podem ser o gatilho para este estímulo inicial, como: hormônios (sistema renina-aldosterona), citosinas e fatores de crescimento. Estes fatores elevam a pressão arterial dos néfrons, causando alterações em sua conformação, diminuindo a função renal (Maranhão *et al*., 2013).

A DRC pode gerar várias comorbidades, afetando uma grande variedade de tecidos e sistemas, dentre eles o sistema cardiovascular, sistema nervoso central, respiratório e endócrino. É digno de nota, que a DRC afeta direta ou indiretamente o processo de excreção, concentração e composição da saliva (Proctor *et al.,* 2005).

Manifestações na cavidade bucal também são comuns e incluem afecções como: alargamento gengival, xerostomia, lesões de mucosa e a estomatite urêmica que serão discutidos a seguir.

O alargamento gengival ou hiperplasia gengival durante um quadro de DRC é relativamente comum principalmente naqueles pacientes que foram submetidos ao transplante renal, este fator é explicado pelo o fato de que se torna necessário o uso de imunossupressores que tem como função reduzir as chances de rejeição do órgão recebido, estes imunossupressores pode ser: prednisolona, mofetil micofenolato, tracolimus, azatioprina, sirolimus e também a ciclosporina A (bloqueador de canais de cálcio) (Cota et al 2010). Alguns estudos observaram crescimento exacerbado da gengiva após seis meses de uso desses medicamentos. Nessa situação, as regiões mais acometidas foram às papilas interdentais, podendo ocorrer também o comprometimento das margens gengivais, superfícies lingual e palatina, porém em menor escala (Kazancioglu, 2013).

Outra alteração gengival encontrada em pessoas com DRC é a gengiva pálida, referente à

anemia com possível perda da junção mucogengival, podendo sangrar facilmente se a disfunção for plaquetária, se tornando fundamental a avaliação do hemograma para constatar se realmente existe um quadro de anemia instalado devido a deficiência de eritropoetina, ingestão inadequada de ferro, carência de ácido fólico e vitamina B12, perda de sangue durante a diálise e redução do tempo de vida da hemácia devido ao estado urêmico, levando o paciente a apresentar uma palidez generalizada podendo ser observado tanto no exame clínico extra quanto no exame intra oral (Castro *et al*. 2017).

Bots *et al*., (2004) afirma que, o baixo fluxo salivar está presente devido à baixa ingestão de líquidos e pelo a alta concentração de uréia presente nas glândulas, interferindo assim em um baixo gradiente de osmolaridade na mesma. Bots *et al.*, (2004) realizou em sua pesquisa a avaliação do índice de xerostomia em 94 pacientes sendo 64 homens e 30 mulheres em hemodiálise (HD), este índice foi avaliado antes da diálise e comprovou que 36,2% dessas pessoas, apresentavam hipossalivação e sede intensa e 61% relataram a ingestão de líquido para ajudar na deglutição dos alimentos, resultado este, que teve interferência positiva com o ganho de peso interdialítico, agravando o quadro de saúde desses pacientes já que deveriam seguir uma dieta com baixa ingestão de liquido, mas que quando associado a xerostomia acabam por não aderir esta dieta aumentando a sobrecarga crônica de líquido e piorando alguns dos demais sistemas podendo gerar algumas complicações como por ex: insuficiência cardíaca congestiva, edemas pulmonares e aumento considerável da pressão arterial. Akar *et al.,* (2011) também afirma em seus estudos, que a xerostomia em pessoas com DRC pode estar presente devido à restrição de ingestão de líquidos e pela realização de respiração bucal estando intimamente ligada as medicações prescritas para o tratamento da doença, podendo predispor o portador da DRC à doença cárie, dificuldades de fala, prejuízos para retenção de próteses e perda do paladar.

A hipertensão é uma das comorbidades mais comum encontradas entre as pessoas que sofrem com a DRC e o seu grau de complexidade aumenta a partir do grau que se encontra a DRC, ou seja, quanto menor for a TFG maior são os problemas acarretados pela hipertensão arterial e vice versa (Muntner *et al*. 2010). Existem quatro caminhos para se regular a pressão arterial (PA) que são: regulação do sódio, atividade do sistema nervoso simpático (SNS), sistema humoral – Sistema Renina Angiotensina Aldosterona e sistema auto regulador além de alguns fatores exógenos. Os fatores nocivos que envolvem os sistemas endógenos na DRC caracteriza em um aumento na atividade do SNC elevando os níveis da PA e acelerando a função renal, gerando assim uma disfunção nos glomerular, já o fator exógeno inclui alto consumo de alimentos que contêm sódio, sal e medicamentos como os AINES (Hamrahian; Falkner 2017).

Uma gama de lesões brancas com ulcerações em pacientes com DRC foram descritas na literatura. Dentre elas, a mais frequentemente encontrada em tais pacientes foi a Estomatite

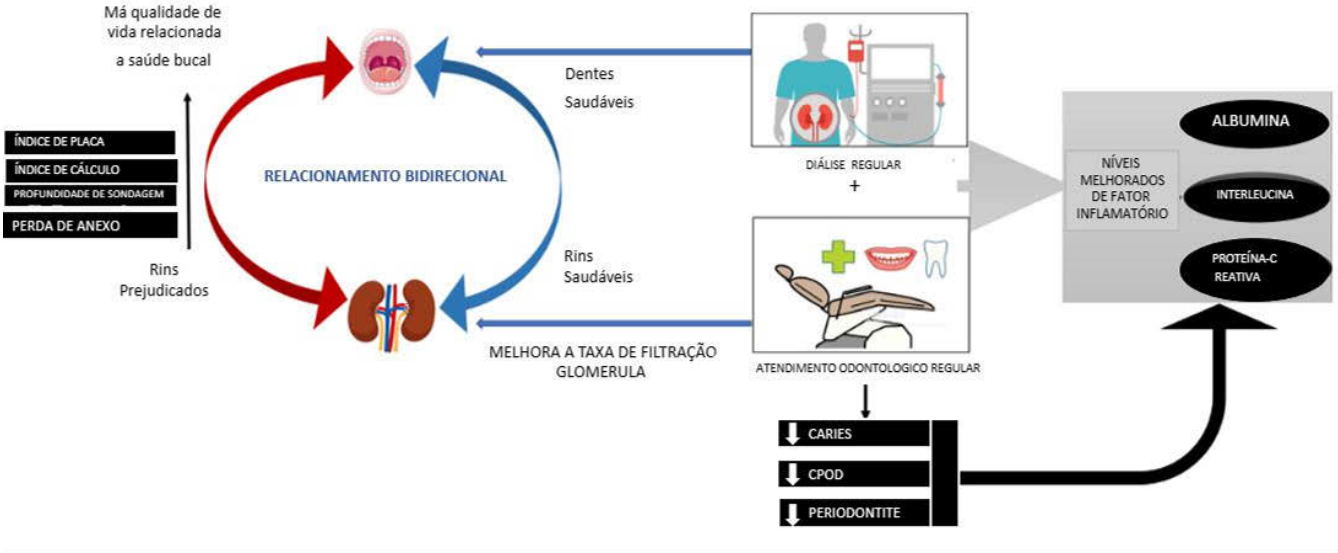
Urêmica, podendo apresentar manifestação clínica com tonalidade vermelha, cinza ou branca. A forma eritemopultácea consiste em pseudomembrana cinza sobreposta a placas de eritema doloroso, enquanto uma forma ulcerativa clássica é vermelha com uma cobertura "pultácea". Alguns estudos demonstraram que o elevado nível de compostos hidrogenados oferecerem efeitos diretos para que ocorra estes traumas de tecido mucoso de base química, podendo levara mucosa a apresentar-se eritematosa e ulcerada, embora o mecanismo patogênico relacionado não tenha sido totalmente elucidado (Castro *et al*. 2017).

A estomatite urêmica é comumente encontrada em pessoas com DRC, principalmente os que estão em seu estágio final da doença ou naqueles indivíduos que não realizaram o tratamento dialítico proposto para a condição renal. A estomatite urêmica é uma doença que acomete principalmente as regiões dorsais e ventrais da língua. O motivo para o surgimento da lesão esta relacionado aos elevados níveis de ureia na corrente sanguínea, portanto torna-se totalmente ineficaz o tratamento local da lesão se não regularizado os níveis de nitrogênio urêmico apoiado em um aumento da higienização bucal com antissépticos e agentes antimicrobiano-antifúngico se necessário (Antoniades *et al.,* 2006).

A osteodistrofia renal se caracteriza como uma manifestação tardia referente à DRC, explicada pela a modificação no metabolismo do cálcio, fósforo, causando uma ação de hiperatividade das paratireóides, além de um metabolismo anormal de vitamina D, estas alterações podem resultar em: Desmineralização óssea, diminuição da trabeculação, diminuição da espessura do osso cortical, aspecto de vidro fosco do osso, calcificações metastáticas de tecidos moles, lesões fibrocísticas radiotransparentes, lesões radiotransparentes de células gigantes, áreas líticas de osso, fratura da mandíbula (espontânea ou após procedimentos odontológicos) e consolidação óssea anormal após extração, sendo indicado o uso de Calcitriol para a resolução de alguns desses fatores (Alamo *et al*. 2011).

Um recente estudo feito por (Isaac *et al*., 2023) demonstra que a DRC e a periodontite possuem algumas semelhanças e interferências entre si, demonstrando uma relação bidirecional, onde a periodontite pode sim ser um fator de risco para a DRC e a DRC pode ser um fator de risco para a periodontite, tendo como semelhança os mesmos fatores de risco que são eles: diabetes mellitus, genética, idade e tabagismo representados na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma ilustrando os achados dos estudos incluídos que corroboram a relação entre doença renal crônica e periodontite



Fonte: Isaac, *et al*. Demystifying the connection between periodontal disease and chronic kidney disease *Res*. 2023 Oct;58(5):874-892. (Adaptada para o português – tradução dos autores).

Carrion *et al* (2012) relata que pacientes com DRC apresentam um maior índice de cálculo e placa e essas bactérias periodontais podem circular na corrente sanguínea através do epitélio periodontal ulcerado, gerando uma possível bacteremia transitória, ativando o sistema imunológico inato e gerando uma resposta inflamatória, podendo também escapar deste sistema e induzir uma resposta inflamatória, conhecida como "efeito cavalo de Tróia". Mesmo com as bactérias periodontais não encontradas em tecidos epiteliais renais, as bactérias *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetencomitans* possuem uma capacidade de adentrarem células endoteliais por tanto existe uma forte possibilidade que essa colônia invada células epiteliais renais, e células musculares lisas, induzem uma resposta inflamatória acionando mediadores pró-inflamatórios (IL-6, TNF-α, PCR) à circulação sanguínea, sobrecarregando o sistema renal (Isaac *et al*., 2023).

Diante deste contexto é fato que a DRC acomete vários sistemas do corpo humano, incluindo a cavidade bucal, por tanto uma conduta odontológica adequada e precisa, se torna mandatória frente aos pacientes nesta condição. Levando-se em consideração que estes pacientes realizam diálise renal periódica, o cirurgião dentista deve manter íntimo contato como médico responsável pelo paciente em questão, de pelo menos referente aos últimos três meses, para coletar informações a respeito do estado do controle metabólico do mesmo (Peterson *et al.,* 2000)**.**

É necessário que todos os profissionais da saúde tenham ciência da íntima relação entre DRC e cavidade oral, informando a importância de manter uma boa saúde bucal e intervenção do dentista, podendo indicar aos pacientes que procure um dentista assim que inicia o tratamento diastólico para

acompanhá-los, principalmente aqueles que estão em pré transplante. Para os cuidadores daqueles pacientes que possuem dificuldades para higienização oral é necessário a higienização oral diária meticulosa (Isaac et *al*., 2023).

A comunicação artificial com acesso vascular, necessárias para procedimentos dialíticos, são chamadas de fístula arteriovenosas. Tal dispositivo tem como finalidade aumentar a possibilidade de fluxo sanguíneo junto a máquina de hemodiálise, para possibilitar o fluxo sanguineo em sistema extracorpóreo por período de 4 horas faz-se a administração de heparina, para que o sangue conclua o trajeto no equipamento de diálise sem coagular. Essa droga tem sua meia vida entre 2 a 4 horas e, portanto, o atendimento odontológico eletivo deve ser realizado no dia seguinte à diálise para que este medicamento tenha sido totalmente metabolizado e o paciente encontre-se em seu melhor estado fisiológico.

Aferir a pressão arterial (PA) de forma correta e padronizada é de suma importância aos atendimentos odontológicos especialmente em pessoas com DRC. Para tanto deve-se esperar 5 min após a chegada do paciente para que ele descanse e não tenha nenhum tipo de alteração incorreta no resultado, a falta de espera deste período se torna uma das causas mais comuns de PA falsamente elevada. É importante também que se realize mais de uma aferição, em ambos os braços já que mesmo em pessoas não portadoras de DRC é comum haver diferença de até 4-5 mmHg no resultado entre os dois braços (Hamrahian; Falkner 2017).

Com relação à conduta, é importante que o dentista tenha em mente a solicitação de exames complementares como o hemograma. Muitos pacientes apresentam quadros de anemia recorrentes, tornando assim necessárias a avaliação do tempo de sangramento e a verificação de possível quadro de anemia constantemente **(**Gudapati *et al.,* 2002).

No momento da prescrição medicamentosa a atenção deve ser redobrada em pessoas com DRC. No que diz respeito à amplamente utilizada classe dos anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), deve-se destacar a capacidade aumentada de toxicidade para os rins, isso se dar devido a inibição de ação das cicloxigenases (COXs) diminuindo a sínteses de prostaglandinas e tromboxanos, que são substâncias resultantes das cicloxigenase. Os AINES vão inibir duas vias da cicloxigenase; COXs1 (constitutiva) e COXs2 (induzida) (Melgaço, *et al*. 2010). A COX-1 auxilia na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, agregação plaquetária e modulação do fluxo plasmático renal. A COX-2 não estão presentes na maioria dos tecidos, tem sua expressão em maior quantidade em processos inflamatórios, relacionando com a fisiologia renal, está ligada à adaptação do organismo, como a secreção de renina, substância essencial no controle da excreção de sódio pelo organismo que vão agir na proteção vascular e ao metabolismo ósseo (SANTOS Ellen, *et al* 2021) sendo as prostaglandinas essenciais para a dilatação dos vasos sanguíneos, diminuindo a resistência desses vasos e ajudando na perfusão renal, com redistribuição sanguínea por todo o aparelho renal

e na falta destas prostaglandinas levam a distúrbios eletrolíticos, por tanto o uso de antiinflamatório do tipo ANES em pacientes com insuficiência renal deve ser evitado (Melgaço *et al*. 2010).

Deve-se considerar, também, o uso de dose profilática de antibióticos em procedimentos invasivos para prevenção de endocardite bacteriana, já que a fistula arteriovenosa presente pode favorecer o quadro de infecção (Naylor; Fredericks, 1996). Com tudo a revisão mais recente (Alamo *et al.*, 2011) apresentou que ainda faltam estudos científicos para a prescrição de profilaxia antibiótica, mas que a maioria dos profissionais recomendam conforme as recomendações dadas pela a AHA (*American Heart Association*). Muitos antibióticos são removidos ativamente pelos rins, por esta razão se torna necessário avaliar a depuração de creatina (CC) parâmetro este, utilizado então para o ajuste de dose de medicamento, na prática odontológica, o estado de filtração glomerular pode ser avaliado também pela creatina plasmática (Cr), que é um parâmetro considerado indireto. As penicilinas (e seus derivados, como a amoxicilina), a clindamicina e as cefalosporinas são os antibióticos de escolha para estes pacientes. O Quadro 1 mostra o ajuste posológico de doses dos fármacos mais utilizados na odontologia de acordo com a *cleareance* de creatinina. Os benzodiazepínicos não necessitam de ajuste de dose. Os analgésicos narcóticos (codeína, morfina, fentanil) também não necessitam de ajuste de dose (Alamo *et al*., 2011).

Quadro 1 - Dosagem de medicamentos mais utilizados em Odontologia e ajuste conforme depuração renal.

DROGAS	AJUSTE DA DOSE DE ACORDO COM A DEPURAÇÃO DE CREATININA		
	Dose normal	Dose com CC 10-50 ml/ min	Dose com CC <10 ml/min
ANTIBIÓTICO			
Amoxicilina	500/ 1000 mg/ 8h	500/ 1000 mg/ 8-12 horas	500/ 1000 mg/ 12-24 horas
Amoxicilina/clavulanato	500/ 875 mg/ 8h	Não há necessidade de ajuste de dose	500/ 875 mg/ 12-24 horas
Penicilina G	0'3-1'2 milhões UI/ 6-12 h	50-100% da dose a cada 8-12 horas	25-50% da dose a cada 12 horas
Clindamicina	300 mg/ 8h	Não há necessidade de ajuste de dose	Não há necessidade de ajuste de dose
Doxiciclina	100mg/ 24h	Não há necessidade de ajuste de dose	Não há necessidade de ajuste de dose
Eritromicina	250-500 mg/ 6h	Não há necessidade de ajuste de dose	Não há necessidade de ajuste de dose
Metronidazol	250-500 mg/ 6h	A cada 8-12h	A cada 12-14h
Azitromicina	500 mg/ 24 horas, 3 dias	Não há necessidade de ajuste de dose	Não há necessidade de ajuste de dose
ANTIFÚNGICOS			
Anfotericina	0'3- 1 mg/kg/ 24 h	Não há necessidade de ajuste de dose	0'3- 1 mg/ kg/ 24- 48 horas
Fluconazol	100-200mg/24h	50-200 a cada 24 horas	50-100 a cada 24 horas
ANALGÉSICOS			
Paracetamol	500- 1000 mg/ 4- 6 h Não há necessidade de ajuste de dose mento		Não há necessidade de ajuste de dose
Aspirina	Contra-indicado (produz retenção de água, deterioração da função renal e risco de hemorragia gástrica)		
Ibuprofeno	200-600 mg/ 4-6 horas	Não há necessidade de ajuste de dose	Não há necessidade de ajuste de dose
Diidrocodeína	10- 30 mg/ 4- 6 horas	Diminuir dose 25%	Diminuir dose 25%

CC: depuração de creatinina. Fonte: Alamo *et al*. (2011). Dental considerations for the patient with renal disease. *J Clin Exp Dent*. 3(2), 112- 9.

Outro ponto muito importante a ser observado para pacientes portadores de DRC diz respeito aos anestésicos locais, que podem ser utilizados com segurança, pois são metabolizados pelo fígado. A mesma observação sobre metabolização, se aplica para a escolha de outras drogas como antibióticos, analgésicos ou anti-inflamatórios, sempre priorizando aqueles que não tenham

metabolização renal (Alamo Silvia *et al.* 2011).

Como já exposto, o histórico médico de um paciente com DRC deve ser solicitado para que dados relacionados como a DRC como: Medicamentos, parâmetros sanguíneos e tipo de diálise se tornam fundamental para o atendimento odontológico efetivo, sendo importante a avaliação de tecidos dentários, mucosos e periodontais. A cada consulta odontológica se necessário o nefrologista deve contatado e realizar novas tomadas radiográficas para eliminação de possíveis focos infecciosos (Costantinides *et al*., 2018).

Aqueles pacientes que estão realizando planejamento para transplante renal devam ser avaliados por um dentista. A avaliação da equipe de saúde bucal tem por finalidade a identificação de possíveis focos infecciosos, incluindo dentes que possam gerar infecções futuramente. Os mesmos devem ser extraídos nessas circunstâncias (Naylor; Fredericks, 1996). O paciente, após o transplante, deve ter o atendimento odontológico eletivo suspenso por cerca de seis meses. Para que o atendimento odontológico desses pacientes transplantados seja realizado, o mesmo deve ser submetido à profilaxia antimicrobiana, dada a susceptibilidade aumentada para infecções causadas por microrganismos. O estado de imunossupressão nessas pessoas se deve à diminuição do número de linfócitos T ou até mesmo pela indução medicamentosa. Padrões de infecção por *Candida albicans* é comum com o uso de azatioprina e a hiperplasia gengival induzida por medicamentos pode ser um achado com o uso da Ciclosporina (Gudapati *et al.,* 2002).

Pacientes transplantados podem ainda ser imunossuprimidos por corticosteróides, inibidores de calcineurina (tacrolimus) e inibidores da proliferação de linfócitos (azatioprina, mofetil micofenolato) e este tratamento prolongado é responsável por um processo de supressão da função adrenal, o que pode acarretar em uma crise adrenal do paciente quando exposto a situações de estresse por isso em procedimentos cirúrgicos é indicado que eles tomem uma dose duplicada de corticosteróides no dia da cirurgia, não sendo necessário caso o paciente fizer uso de menos de 7,5 mg de prednisolona ou estiver sob tratamento conservador. Como o risco de uma crise adrenal é muito baixa frente a procedimentos odontológicos não se faz necessária a prescrição de suplemento de corticosteróides (Alamo *et al*. 2011)

Considerações Finais

Contudo, percebeu-se o quão abrangente a DRC se apresenta, podendo acometer vários dos sistemas do organismo humano. Trata-se de um problema público, que vem tomando proporções e destaque considerável no decorrer dos anos. Esta condição pode apresentar causas multifatoriais, sendo essas induzidas por fatores externos ou internos, associadas ou não a outras condições sistêmicas já instaladas, levando muitas das vezes à destruição parcial ou total dos néfrons.

A atenção multidisciplinar, em prol desses pacientes, se mostrou bastante eficiente, sendo que o cirurgião-dentista apresenta papel de relevância, enquanto profissional de saúde. Diversos casos clínicos de portadores de DRC, apresentaram manifestações orais associadas a essa doença, principalmente em pacientes pré-transplantes e naqueles já transplantados.

Nestes últimos, é preciso lembrar que as infecções de origem odontôgenicas ou não podem acarretar a rejeição do órgão recebido. É pré-requisito dos atendimentos odontológicos desses pacientes que o cirurgião-dentista tenha seu conhecimento ampliado sobre DRC, suas manifestações orais associadas e seus desdobramentos. Dessa maneira, o profissional poderá ofertar atendimentos de qualidade, sem riscos ao paciente, além de conscientizar o mesmo sobre a importância do acompanhamento odontológico conjuntamente ao tratamento da insuficiência renal crônica.

Proposta de Projeto Manejo Odontológico para Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) na Policlínica

1. Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição de saúde pública crescente, associada a diversas complicações sistêmicas e orais. O manejo odontológico desses pacientes é essencial para prevenir complicações orais que podem afetar negativamente sua condição geral de saúde, especialmente em pacientes em tratamento dialítico ou pré-transplante. O atendimento odontológico seguro e eficiente a essa população exige conhecimento aprofundado das manifestações orais da DRC e a colaboração interdisciplinar entre dentistas e nefrologistas.

2. Objetivos Gerais

O objetivo principal é proporcionar uma abordagem odontológica segura e eficaz para pacientes com DRC, prevenindo e controlando complicações orais associadas à doença e ao tratamento dialítico, garantindo um atendimento integral e multidisciplinar.

3. Objetivos Específicos

- Prevenir e controlar as complicações bucais relacionadas à DRC, como xerostomia, hiperplasia gengival e estomatite urêmica.
- Realizar avaliações odontológicas periódicas para identificar e tratar focos infecciosos antes de transplantes renais.
- Adequar o uso de medicações odontológicas de acordo com a função renal do paciente, evitando a prescrição de drogas nefrotóxicas.

- Garantir a integração entre o tratamento odontológico e o acompanhamento médico, com comunicação contínua entre dentistas e nefrologistas.

4. Metodologia de Manejo Odontológico

4.1. Avaliação Inicial e Planejamento de Tratamento

- **Anamnese Detalhada:** Realizar uma anamnese completa, destacando o estágio da DRC, tipo de tratamento dialítico, medicações em uso (como imunossupressores e anticoagulantes) e condições sistêmicas associadas, como hipertensão e diabetes.
- **Exames Complementares:** Solicitar exames laboratoriais como hemograma e tempo de coagulação para avaliar o risco de sangramento durante procedimentos odontológicos.
- **Avaliação Bucal:** Identificar manifestações orais comuns em pacientes com DRC, como gengivite, xerostomia, palidez gengival, estomatite urêmica e osteodistrofia renal.

4.2. Conduta Odontológica

- **Prevenção e Controle de Doenças Periodontais:** Estabelecer um plano de controle de placa bacteriana com orientações sobre higiene oral rigorosa e acompanhamento regular para evitar gengivite e periodontite, que são mais prevalentes em pacientes com DRC.
- **Tratamento de Xerostomia:** Implementar estratégias para tratar a xerostomia, como o uso de saliva artificial, hidratação adequada e prescrição de agentes estimulantes salivares, uma vez que a redução do fluxo salivar é comum em pacientes com DRC.
- **Profilaxia Antibiótica:** Realizar profilaxia antibiótica em procedimentos invasivos, conforme a orientação da American Heart Association, para prevenir bacteremia e endocardite em pacientes com acesso vascular para hemodiálise.
- **Uso de Anestésicos Locais Seguros:** Dar preferência a anestésicos locais que sejam metabolizados pelo fígado, como a lidocaína, para minimizar o impacto renal.

4.3. Abordagem para Procedimentos Cirúrgicos

- **Extrações e Procedimentos Invasivos:** Realizar procedimentos cirúrgicos no dia seguinte à sessão de hemodiálise, após a metabolização da heparina, para minimizar

o risco de sangramento. Avaliar a necessidade de ajuste de medicações anticoagulantes em conjunto com o nefrologista.

- **Atenção Pré-transplante:** Identificar e eliminar focos de infecção antes de procedimentos de transplante renal. Dentes com prognóstico duvidoso devem ser extraídos antes do transplante para evitar complicações posteriores.

4.4. Monitoramento e Acompanhamento Contínuo

- **Consultas Regulares:** Realizar consultas odontológicas periódicas para monitorar a saúde bucal, prevenir complicações e ajustar o tratamento odontológico conforme o avanço da DRC ou mudanças no tratamento dialítico.
- **Comunicação Interdisciplinar:** Manter contato regular com o médico nefrologista do paciente para garantir que as condutas odontológicas estejam alinhadas com o quadro clínico geral do paciente.

5. Recomendações para a Equipe Odontológica

- Capacitar os profissionais de saúde bucal sobre o manejo odontológico específico de pacientes com DRC.
- Estabelecer protocolos claros de comunicação com a equipe médica, especialmente nos casos de pacientes em diálise ou pré-transplante.
- Adaptar a prescrição medicamentosa de acordo com a função renal, evitando AINES e optando por analgésicos e antibióticos seguros para pacientes com insuficiência renal.

6. Cronograma:

Fase 1: Avaliação Inicial e Planejamento (0-1 mês)

- Realizar levantamento dos pacientes com RDC atendido
- Definir proto

Fase 2: Capacitação da Equipe Odontológica (1-2 meses)

- Treinamento dos cirurgiões-dentistas sobre manejo de pacientes com RDC
- Introdução de protocolos de atendimento específicos para prevenção e tratamento d

Fase 3: Implementação do Atendimento Odontológico (2-3 meses)

- Realizar os atendimentos
- Estabelecer comunicação contínua entre dentistas e nefrologistas para cooperativamente

Fase 4: Monitoramento e Acompanhamento (3-12 meses)

- Realizar consultas regulares e acompanhamento contínuo para prevenir complicações

7. Resultados Esperados

- Redução das complicações bucais em pacientes com DRC, como infecções e doenças periodontais.
- Prevenção de complicações que podem afetar o sucesso dos transplantes renais ou o bem-estar do paciente em diálise.
- Melhoria na qualidade de vida dos pacientes com RDC, através de um atendimento odontológico integrado e seguro.

3.4.4 Proposta de implementação e implantação do serviço de Telessaúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária, envolvendo serviços de consultas clínicas em diversas especialidades e apoio diagnóstico terapêutico, com suporte para realização de exames e cirurgias ambulatoriais de pequeno porte.

Para melhor atender aos usuários em suas necessidades de saúde, se faz necessária a integração entre a Atenção Primária, ordenadora do cuidado, e a Atenção Especializada. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família – UESF), com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais.

O compartilhamento do cuidado do usuário entre a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e a Atenção Primária é compreendido como uma estratégia para **redução da fragmentação do cuidado**, a partir das conexões existentes dentro da Rede de Atenção à Saúde - RAS, e também, possibilita às equipes integrarem os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

Neste contexto, um dos principais objetivos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, e estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Entretanto, e principalmente nas doenças crônicas, o paciente transita entre os dois níveis de atenção, e na maioria das vezes, é onde a assistência volta a ficar fragmentada.

A Telessaúde consiste na disponibilização de serviços de saúde mental e física, mesmo quando médico e paciente não estão no mesmo local. Ou seja, em vez de precisar de uma consulta presencial para que o encontro entre os dois aconteça, é possível fazer o contato a distância.

Dentre as possibilidades que a Telessaúde proporciona, destacamos:

Consultas Médicas Online

- ✓ Acesso a médicos de diversas especialidades
- ✓ Atendimento 24/7
- ✓ Consultas via vídeo, áudio ou chat

Telemonitoramento de Pacientes Crônicos

- ✓ Monitoramento contínuo de pacientes com doenças crônicas
- ✓ Alertas e notificações automáticas para médicos e cuidadores
- ✓ Relatórios de saúde em tempo real

Telecardio

- ✓ Laudos em tempo real de ECG, EEG e outros
- ✓ Atendimento 24/7

Telemonitoramento na prática de saúde ambulatorial

Objetivo Geral:

Implantar um sistema de telessaúde na Policlínica para ampliar o acompanhamento e a gestão de pacientes com doenças crônicas, além de fornecer suporte matricial à atenção primária, melhorando a continuidade do cuidado e a qualidade do atendimento.

Objetivos Específicos:

1. Implementar uma plataforma de telessaúde para consultas remotas de pacientes com doenças crônicas.
2. Fornecer suporte especializado para os profissionais da atenção primária através do matriciamento, permitindo discussão de casos e orientações terapêuticas à distância.
3. Promover o acompanhamento regular de pacientes com condições crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças respiratórias, minimizando complicações.
4. Reduzir a necessidade de deslocamentos frequentes dos pacientes até a Policlínica, facilitando o acesso ao cuidado de forma contínua.

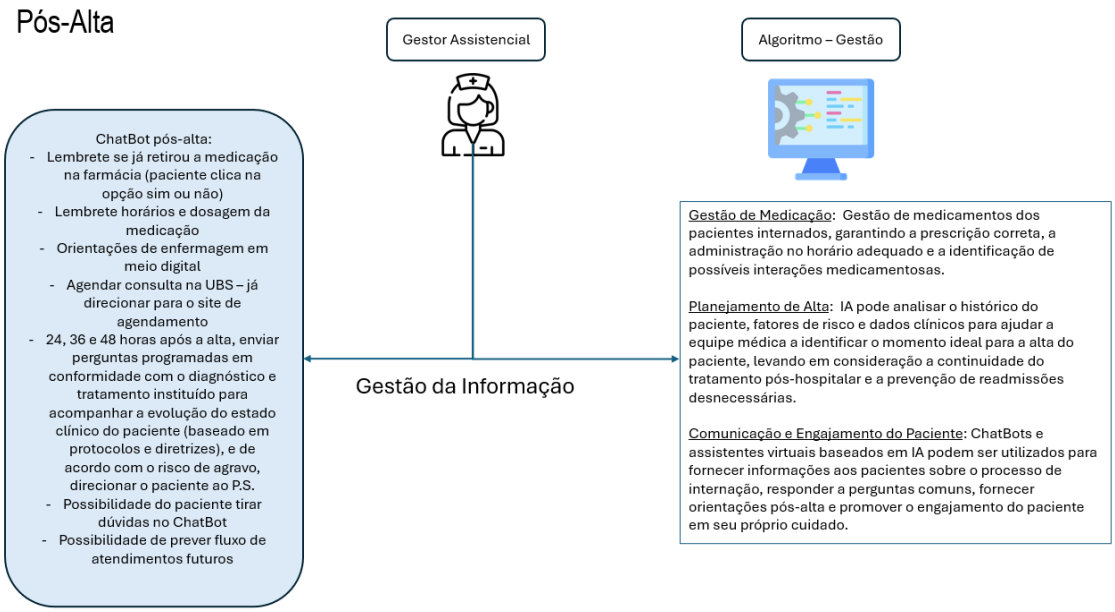
5. Capacitar a equipe de saúde para utilização da plataforma de telessaúde e garantir a integração entre o serviço de atenção primária e o acompanhamento remoto.

Os pacientes, ao receberem a "alta" na Policlínica, serão orientados a instalarem o aplicativo de telessaúde no celular. Este aplicativo, dentre outras funcionalidades, possui o ChatBot, com Inteligência Artificial – IA, que direcionará as perguntas para o paciente responder. Esse processo é monitorado pelo enfermeiro.

Todas as informações geradas no ChatBot ou na interação com a Enfermeira serão, automaticamente, anexadas ao Prontuário Eletrônico do Paciente e tanto o médico Especialista da Policlínica quanto para a equipe multidisciplinar terão acesso às informações, o que permitirá:

- Agilidade no ajuste da dosagem dos medicamentos;
- Aumento da resolutividade na Atenção Primária;
- Identificação precoce dos sinais de agravamento do quadro clínico, e agilidade da referência do paciente na Policlínica;
- Aumento da responsabilidade do usuário com seu cuidado;
- Melhora o acesso à assistência em saúde ao usuário que apresenta dificuldade de se deslocar até a unidade;
- Redução das filas de espera para consultas e/ ou procedimentos ambulatoriais;
- Redução da superlotação nos equipamentos de urgência e emergência;
- Redução da perda primária de vagas.

O fluxo para o pós-alta está apresentado a seguir.



Telemedicina em Especialidades Médicas

A Telemedicina será implantada na Policlínica, para atendimento nas especialidades médicas que assim o permitem.

O atendimento por telemedicina será presencial para o paciente, e contará com a seguinte equipe para atendimento:

Categoria Profissional	Quantidade por período
Enfermeiro	01
Técnico de enfermagem	01

O médico especialista estará a distância.

O Enfermeiro do NIA confeccionará a agenda de atendimentos.

Equipamentos e sistema

A BHCL já possui ampla experiência neste segmento, e tem implantado a Telemedicina nas unidades que gerencia, com grande sucesso e benefícios, tanto para o usuário, quando para o município.

A carteira básica geral de serviços que será implantada na Policlínica é composta de:

a) Serviços de consulta de atendimento especializado de suporte a rede básica de saúde;

b) Serviços de suporte diagnóstico para os pacientes atendidos, sempre coerentes com a estrutura de oferta definida e com a incorporação de sistemas tecnológicos e/ou eletrônicos;

c) Serviço de diagnóstico por imagem;

d) Serviço de apoio diagnóstico;

e) Serviço de documentação e atendimento ao usuário;

f) Linhas de cuidado de alta resolutividade, definidas para cada especialidade e contempladas segundo processos clínicos ou problemas de saúde mais relevantes/ prevalentes na região;

g) Central de Pré-Natal Digital";

h) Instrumentalização de "Assistência Virtual" integrada à plataforma digital (ChatBot);

i) Central de qualificação e monitoramento de filas de espera;

j) Central de Regulação do Acesso Digital (Agenda);

Em relação aos casos de natureza cirúrgica, prestará o atendimento terapêutico e/ou diagnóstico, em procedimentos de pequeno porte, seguindo os protocolos da Secretaria Estadual de Saúde, disponibilizando a triagem deles e oferecendo todo seguimento necessário.

A BHCL garantirá a oferta em medicina diagnósticas nas modalidades de análises clínicas *Point Off Care Testing* (POCT), necessários para diagnóstico e seguimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), diagnóstico por imagem, métodos gráficos e outras tecnologias e equipamentos imprescindíveis ao diagnóstico e acompanhamento de pacientes atendidos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, de acordo com as necessidades dos usuários do serviço, responsabilizando-se pelos insumos permanentes e descartáveis necessários para tal execução.

Considerando o funcionamento da Policlínica de segunda a sexta-feira, das 07:00 horas às 19:00 horas (excetuando-se o serviço de hemodiálise), a BHCL realizará a gestão das equipes médicas e não médicas, implantação de tecnologias necessárias à atenção total ao paciente e linhas de cuidado de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e indicadores propostos.

Para a implantação do serviço serão necessários os seguintes equipamentos:

Equipamento	Quantidade
Software de Teleassistência	01
Dispositivos para telepropedêutica	01*
Computador completo	01
Impressora	01

*O item "dispositivos" compreende Otoscopia, Oftalmoscopia, dispositivo para avaliação da orofaringe, para avaliação da pele, ausculta: cardíaca, pulmonar e abdominal e parâmetros vitais: temperatura, frequência cardíaca e respiratória. Será garantida a oferta de 01 dispositivo para cada segmento descrito acima.

Ressalta-se que a implantação do sistema exigirá um planejamento detalhado, abordando cronograma e atividades operacionais na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Isso inclui:

- Análise detalhada da infraestrutura e configurações tecnológicas necessárias para a implantação, instalação e operação dos serviços propostos;
- Instalação e configuração de software e hardware integrados à solução tecnológica;
- Adequações de infraestrutura essenciais para a instalação dos equipamentos relacionados à solução tecnológica;
- Designação de um preposto com poder de gestão e decisão para interações com a contratante;
- Levantamento do fluxo do processo de trabalho, normas, rotinas, integração entre áreas, tipos de documentos e relatórios;
- Reuniões com gestores do sistema de saúde para definir prioridades;
- Preparação da arquitetura de servidores em nuvem necessária ao projeto;
- Planejamento e execução da migração de dados, se necessária;
- Instalação do sistema/banco de dados;
- Parametrização do sistema;
- Cadastro e liberação de acesso aos usuários do sistema;
- Simulação de processos operacionais;
- Elaboração do planejamento das atividades de treinamento, de acordo com o cronograma estabelecido.

Capacitação dos profissionais

A empresa contratada será responsável por fornecer treinamento abrangente, incluindo:

- Apresentação de um cronograma de treinamento a ser aprovado pela contratante, alinhado com o período de migração definitiva dos dados para o novo sistema;
- Treinamento operacional e administrativo do sistema, considerando aspectos técnico-pedagógicos apropriados ao público-alvo;
- Foco nos módulos do sistema, utilizando uma base de testes para visualização e análise de todas as funcionalidades;
- Disponibilização de consultores com competência e experiência adequadas, mantendo padronização metodológica e de conteúdo entre as turmas;
- Definição dos horários de treinamento em dias úteis, das 8h às 17h, acordados entre contratante e contratada;
- Preparação do ambiente de treinamento pela contratada, enquanto a infraestrutura será providenciada pela SES-GO;
- Treinamento personalizado para cada perfil de usuário, abordando suas funções na solução;
- Fornecimento de certificados de participação e formulários de avaliação ao final do treinamento.
- A capacitação será realizada em turmas de no máximo 10 (dez) servidores, e a empresa contratada deverá incluir o custo da hora/aula de treinamento para possíveis novas turmas devido a posse ou movimentação de servidores.

Suporte Técnico

A empresa contratada fornecerá suporte técnico remoto e assistido para garantir a plena operacionalidade e funcionamento satisfatório do sistema, conforme descrito abaixo:

a) Suporte técnico remoto oferecido em ambiente próprio da empresa contratada, acessível via site na internet ou telefone (0800), nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (10x5);

b) Site na internet para abertura, acompanhamento e histórico de chamados, sem limite de quantidade. Chamados abertos via telefone também serão registrados no site para acompanhamento;

c) Disponibilização de relatórios para acompanhamento, incluindo relação de chamados em determinado período, chamados abertos e relatórios com SLAs de atendimento.

d) O prazo de resolução deverá ser compatível com a gravidade:

Prioridade	Tempo de 1 resposta	Tempo de resolução
Baixa	6 horas	36 horas
Média	4 horas	14 horas
Alta	1 hora	2 horas
Urgente	30 minutos	1 hora

e) Deve ser levado em consideração que os prazos informados acima serão contabilizados em horas úteis;

Ressalta-se que, se após análise da infraestrutura da unidade forem necessárias adequações, será apresentado um projeto para a SES-GO, para aprovação. Reitera-se que, a disponibilização dos equipamentos, recursos humanos e mão de obra médica especializada será de responsabilidade da BHCL.

Cronograma:

Fase 1: Levantamento de Necessidades e Escolha da Plataforma de Telessaúde (0-2 meses)

- Realizar análise das condições crônicas atendidas e da demanda para envio remoto.
- identificar e selecionar a plataforma de telessaúde.

Fase 2: Capacitação das Equipes (2-4 meses)

- Treinamento da equipe da Policlínica e da atenção primária no uso da plataforma e nos protocolos de teleconsulta.

Fase 3: Implementação da Plataforma e Início do Atendimento Remoto (4-6 meses)

- Implantar uma plataforma de telessaúde.
- Iniciar o envio remoto de pacientes com diabetes e hipertensão.
- Começar as reuniões de matriciamento entre especialistas e equipes de atenção primária.

Fase 4: Expansão do Projeto (6-12 meses)

- Ampliar o uso da plataforma para outras condições crônicas.
- Avaliar a adesão ao projeto e os resultados obtidos no acompanhamento remoto.

Resultados Esperados:

- Melhoria no acompanhamento e controle de doenças crônicas.

- Aumento da integração entre atenção primária e secundária.
- Redução de deslocamentos desnecessários de pacientes.
- Fortalecimento da gestão do cuidado integral.

3.4.5 Proposta de Projeto de Avaliação Global Interdisciplinar para as Linhas de Cuidado da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Introdução Avaliação Global Interdisciplinar é um modelo de avaliação realizada por uma equipe multiprofissional capacitada para, de forma interdisciplinar, acolher, avaliar e elaborar um Projeto Terapêutico Singular centrado nas necessidades de saúde do usuário e considerando os recursos terapêuticos disponíveis na unidade, na Rede de Atenção e na rede de apoio.

Esse modelo de avaliação pode ser adaptado para utilização pelas equipes multiprofissionais nos três níveis da Atenção, proporcionando amplas vantagens, para os usuários, para as equipes e para os gestores.

1. Objetivo geral

A Avaliação Global Interdisciplinar tem por objetivo, ampliar e qualificar a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, otimizando recursos, respeitando a individualidade e atendendo à complexidade e integralidade dos usuários.

2. Justificativa

A avaliação inicial é considerada etapa fundamental para se estabelecer o melhor plano de cuidados e atender as diferentes necessidades de cada usuário.

A implementação da Avaliação Global Interdisciplinar nos serviços de saúde garante o acesso e a integralidade, às ações de prevenção de doenças, de manutenção e promoção da saúde, além de favorecer o tratamento, assegurando a atenção mais completa e possibilitando uma melhor qualidade de vida.

A abordagem interdisciplinar, ao colocar o paciente como ponto central do cuidado, favorece a escuta, o acolhimento e o atendimento mais humanizado, aumentando a qualidade e eficácia da atenção. A integração de diferentes campos do conhecimento facilita o diagnóstico e o alinhamento de condutas, possibilitando o tratamento mais assertivo.

Integrar os múltiplos saberes, diferentes profissionais e o usuário ao tratamento, de forma horizontal e mudando o foco, da doença para a pessoa, é a proposta do Modelo Integrativo de

Atenção, que propicia menor tempo de tratamento, otimiza os recursos terapêuticos disponíveis, e facilita o apoio ao autocuidado e o cuidado compartilhado nos três níveis da atenção.

3. Metodologia

3.1. Local

A sala deve oferecer espaço adequado à equipe ao usuário e acompanhante(s),possibilitando uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada; deve ser acessível, permitindo andadores, cadeiras de rodas e a acomodação de pessoas com mobilidade reduzida; deve prover conforto térmico, acústico e luminoso, priorizando-se iluminação e ventilação naturais.

3.2. Mobiliário/equipamento e material

A sala deve estar equipada com: pia, dispensador para sabonete líquido e dispensador para papel toalha; mesa e cadeiras para a equipe, usuário e acompanhantes; tablado com colchonete; outros, de acordo com as necessidades do atendimento.

O mobiliário deve estar adequado à faixa etária e necessidades de segurança da clientela atendida, seguindo, preferencialmente, os princípios e recomendações do conceito do Desenho Universal.

Os materiais de consumo semi permanentes devem ser selecionados de acordo com as necessidades de avaliação /investigação da clientela pela equipe.

3.3. Equipe multiprofissional

A escolha das categorias profissionais/campos do saber para compor a equipe deverá considerar a(s) linha(s) de cuidado e as respectivas necessidades/níveis de complexidade do usuário, podendo o profissional ou a categoria ser alterados, sempre que necessário.

As equipes multiprofissionais deverão ser formadas por profissionais com habilidades para atuar de forma interdisciplinar, e ser preparadas para realizar a Avaliação Global Interdisciplinar por meio de oficinas de capacitação e educação continuada.

Para a realização das orientações e encaminhamentos de forma mais assertiva, se faz necessário que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na Unidade, bem como as redes de atenção e de apoio social de sua região de abrangência

3.4. Processo de Avaliação Global Interdisciplinar:

O processo da Avaliação Global Interdisciplinar deve seguir as seguintes etapas: usuário e acompanhante(s) são recepcionados pela assistente social; avaliação social; acolhimento ao usuário e acompanhante(s) pela equipe interdisciplinar, investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário; discussão do caso e elaboração do Projeto Terapêutico; devolutiva ao

usuário /acompanhantes; e registro da Avaliação no sistema (prontuário eletrônico). O tempo total estimado para todo o processo, excetuando-se o registro no sistema, não deverá ultrapassar 40 minutos.

Descrição dos procedimentos:

3.4.1. Acolhimento ao usuário e seu(s) acompanhante(s)

Deverá ser feito por todos os profissionais da equipe. Usuário e acompanhante(s) deverão ser convidados a se acomodar; a equipe se apresenta, esclarece os objetivos da Avaliação, os procedimentos a serem realizados e demais informações, utilizando linguagem acessível ao usuário, que deve ser encorajado a expor suas dúvidas. A equipe deverá ter em mãos a Ficha de Avaliação Social Resumida (uma ficha preestabelecida e previamente preenchida pela assistente social), contendo informações sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

3.4.2. Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário

Para a Avaliação Global Inicial, deverá ser utilizada uma ficha preestabelecida contendo: queixa(s) do usuário, histórico de saúde física e mental; questões referentes a cada especialidade/campo de atuação dos profissionais da unidade; e o Projeto Terapêutico pactuado. Se necessário, poderão ser utilizados instrumentos complementares, tais como testes específicos, roteiros, check lists e outros, de acordo com a condição de saúde e faixa etária do usuário

Ao finalizar a Avaliação, usuário e acompanhantes serão convidados a aguardar durante alguns minutos fora da sala, enquanto a equipe discute o Projeto Terapêutico a ser pactuado com o usuário.

3.4.3. Discussão do caso e elaboração do Projeto Terapêutico

Após a saída do usuário, a equipe deverá avaliar e definir prioridades e discutir as estratégias de intervenção, de acordo com as necessidades identificadas, o nível de sofrimento físico e psíquico, e o grau de vulnerabilidade individual, social e familiar. Devem ser considerados os recursos disponíveis na unidade, na Rede de Atenção, e/ou na rede de apoio social.

O Projeto Terapêutico deverá contemplar objetivos de curto e médio prazo, levando em conta as necessidades educacionais, os aspectos socioculturais que podem influenciar o autocuidado, e a preparação para a alta, para o compartilhamento ou para a transição do cuidado.

3.4.4. Devolutiva ao usuário /acompanhantes

Após concluir a etapa anterior, usuário e acompanhante(s) deverão ser convidados a retornar à sala de avaliação para a pactuação do Projeto Terapêutico. A devolutiva com as orientações e esclarecimentos poderá ser feita por um ou mais membros da equipe, por meio de linguagem clara

e acessível. Para assegurar a compreensão das informações pelo usuário, podem ser utilizados impressos, como folhetos ilustrativos e outros meios.

A equipe deverá observar a capacidade de compreensão e a aceitação ou recusa do Projeto Terapêutico pelo usuário, promover os esclarecimentos e adequações necessários e, após a pactuação do Projeto Terapêutico, o usuário deverá ser devidamente encaminhado.

O Projeto Terapêutico deverá ser acompanhado pelo gestor do cuidado, que também deverá acompanhar o processo de alta, compartilhamento ou transição do cuidado, o qual deverá ser registrado em ficha específica.

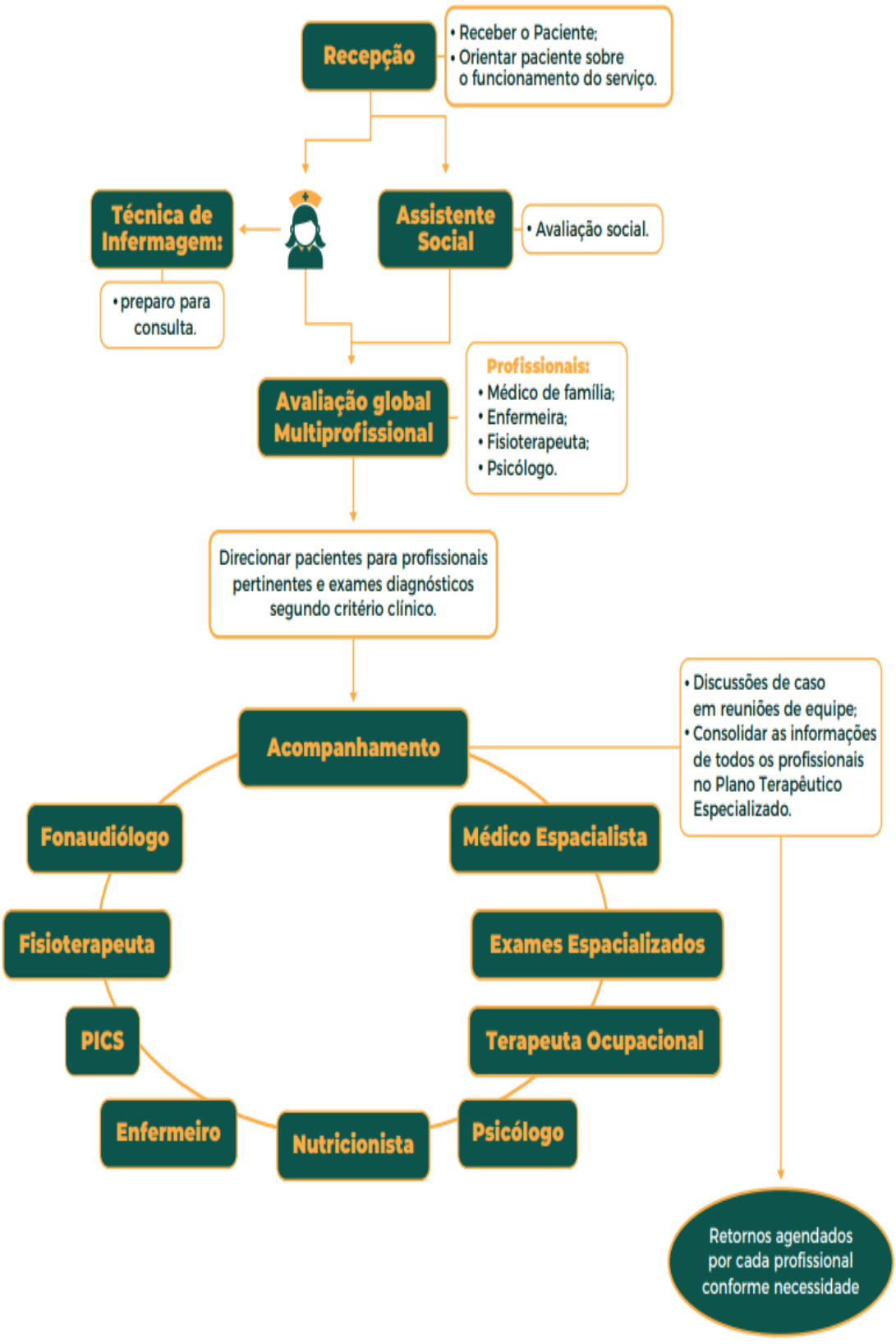
3.4.5. Registro da Avaliação Global

Interdisciplinar no Sistema O registro da Avaliação Global Interdisciplinar deverá ser realizado no prontuário, de forma sucinta, por todos os profissionais que realizaram a avaliação, sendo que o médico da família deverá preencher a Ficha de Avaliação Global Interdisciplinar no sistema.

4. Avaliação Global Interdisciplinar em Situações Específicas

Algumas situações exigem atenção especial das equipes, como o não seguimento do Projeto Terapêutico pactuado; dificuldades para compreender e/ou executar o autocuidado; recusa em receber alta de um ou mais atendimentos; alteração na condição de saúde; necessidade de modificação no Projeto Terapêutico; usuários que não passaram pela Avaliação Global Interdisciplinar e apresentem necessidade de compartilhamento do cuidado, ou que apresentem condições complexas ou de difícil manejo. Essas e outras circunstâncias identificadas pela equipe, requerem o encaminhamento do usuário para o Gestor do Cuidado avaliar a necessidade do encaminhamento para a Avaliação Global Interdisciplinar.

Fluxo das Linhas de Cuidado


Recepção
• Receber o Paciente;
• Orientar paciente sobre o funcionamento do serviço.
Técnica de Infermagem:
• preparo para consulta.
Assistente Social
• Avaliação social.
Avaliação global Multiprofissional
Profissionais:
• Médico de família;
• Enfermeira;
• Fisioterapeuta;
• Psicólogo.
Direcionar pacientes para profissionais pertinentes e exames diagnósticos segundo critério clínico.
Acompanhamento
• Discussões de caso em reuniões de equipe;
• Consolidar as informações de todos os profissionais no Plano Terapêutico Especializado.
Fonaudiólogo
Médico Espacialista
Fisioterapeuta
Exames Espacializados
PICS
Terapeuta Ocupacional
Enfermeiro
Nutricionista
Psicólogo
Retornos agendados por cada profissional conforme necessidade

4. ÁREA DE QUALIDADE

4.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

Para cada comissão elencada a seguir, está apresentado o regimento correspondente. Ressalta-se que este documento é um modelo e será adequado às características e perfil da unidade, objeto de contrato.

As reuniões de todas as comissões estão previstas para acontecerem mensalmente, e na necessidade, reuniões extraordinárias, a qualquer tempo.

4.1.1 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica é um órgão que, segundo a legislação, deve estar presente em todas as instituições que exercem a Medicina. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da Comissão é definido pelo número de médicos que atuam na Unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na Instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Chefe Médico, etc. No caso de um membro da Comissão assumir cargo de direção da Instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

Todos os médicos que atuam na Unidade, independentemente de sua inserção, têm direito a voto, conforme assegurado pela Resolução CFM n.º 1.445/94 – Diretrizes Gerais para o Regimento Interno. Os candidatos a membro de Comissão devem seguir os critérios definidos no Regimento Interno do Corpo Clínico e no Regimento da Comissão, obedecidas as diretrizes do CRM/CFM.

Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua Comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandato, com no mínimo dois membros, um Presidente e um Secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

Atribuições Gerais

- ✓ Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Unidade.
- ✓ Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias.
- ✓ Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na Instituição.
- ✓ Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.
- ✓ Assessorar as diretorias da Instituição, dentro de sua área de competência.
- ✓ Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, Delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil para o Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico da Unidade, eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão seguirá o modelo proposto pelo CRM e CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

Para a organização desta Comissão, propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão De Ética Médica

CAPÍTULO I

Das Definições

Art. 1º As Comissões de Ética Médica-CEM constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único. Cabe ao Diretor Técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética

CAPÍTULO II

Da Composição, Organização e Estrutura

Art. 3º As Comissões de Ética serão compostas por 01 Presidente, 01 Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do Art. 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética.

b) Nas instituições que possuírem de 16 a 99 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 membros efetivos e igual número de suplentes.

c) Na instituição que possuir de 100 a 299 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 membros efetivos e igual número de suplentes.

d) Na instituição que possuir de 300 a 999 médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 membros efetivos e igual número de suplentes.

e) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 membros efetivos e 8 suplentes.

f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuam, em que cada uma possua de 10 médicos, é permitida a constituição de Comissão de

Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo- se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º O mandato da Comissão de Ética será de 30 meses.

Art. 7º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único. Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III
Da Competência

Art. 10. Compete à Comissão de Ética:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento, oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.

b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes.

c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão.

d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados.

e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.

f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.

g) Verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações.

h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica.

i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua.

j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina.

k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua.

l) Fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica.

m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona, quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.

n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes.

o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem nas instituições representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética.

p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.

q) Orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11. Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) Eleger o Presidente e Secretário.

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta.

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução.

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 12. Compete ao Presidente da Comissão de Ética:

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina.

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.

c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais.

d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

e) Encaminhar, ao Conselho Regional de Medicina, as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica.

f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais.

b) Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica.

c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.

d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica.

e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV
Das Eleições

Art. 14. A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no Art. 9º do presente Regimento.

Art. 15. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 dias antes da eleição.

Art. 16. Os candidatos à Comissão de Ética Médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.

Art. 17. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19. A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único. Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21. O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22. Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V
Do Funcionamento

Art. 24. As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25. Os atos da Comissão de Ética Médica, relacionados com a fiscalização ou sindicâncias, terão caráter sigiloso.

Art. 26. Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27. As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28. A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.

b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico.

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica.

d) Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou representação.

e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O acesso a esses documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31. O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único. Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

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

§ 2º. Não havendo a conciliação de que trata o caput do Art., a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35. Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, ele deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI
Das Disposições Finais

Art. 36. As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo único. As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 06 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38. Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da Instituição.

Art. 39. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina
da jurisdição.

Art. 40. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinatura dos Diretores.

Cronograma anual de atividades da CEM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Ética Médica													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oficina de capacitação em Ética	Equipe		X	E conforme necessidade									
Elaboração e implantação de Indicadores	Equipe		X										
Elaboração de relatório com análise				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demais reuniões	Equipe	Quando necessário											

As ações acima descritas se desdobram nas seguintes atividades:

- ✓ Convocação da eleição, que será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 dias antes da eleição.
- ✓ Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do com a antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.
- ✓ Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.
- ✓ Eleição da CEM
- ✓ Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.
- ✓ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes.
- ✓ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão.
- ✓ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados.
- ✓ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.
- ✓ Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir valor de juízo.

4.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional

Da Constituição e funcionamento da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU)

A **Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU)** será criada com o objetivo de promover o diálogo entre as diversas categorias profissionais que atuam no setor de saúde, incentivando a integração e colaboração entre as áreas. Além disso, a COMUSU buscará aprimorar o desempenho e a produtividade setorial, assegurando que as atividades desenvolvidas estejam em conformidade com as normas e diretrizes estabelecidas pelos conselhos profissionais de cada categoria. A comissão também terá um papel de fiscalização, garantindo o cumprimento das regras e regulamentos específicos de cada profissão, a fim de assegurar a qualidade e a segurança no atendimento prestado aos pacientes.

A Comissão será composta por enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontologistas, advogados, membros da ouvidoria, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, com igual número de representantes de cada categoria. Todos os membros devem possuir vínculo empregatício com a instituição e registro ativo no respectivo conselho de classe.

A presidência da comissão será rotativa entre as diferentes categorias profissionais, garantindo a equidade de participação. Além disso, será vetada a recondução ao cargo de presidente, assegurando a rotatividade e a diversidade de liderança dentro da comissão.

Atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU):

I. **Divulgar os compromissos da COMUSU:** e as diretrizes éticas e profissionais de todas as categorias representadas, promovendo a conscientização sobre a importância do comportamento ético no ambiente de trabalho.
II. **Divulgar os Códigos de Ética:** dos profissionais envolvidos, além de pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas referentes ao exercício das profissões, colaborando com os respectivos conselhos regionais.
III. **Promover e incentivar a participação:** em congressos, feiras e seminários que abordem o Código de Ética de cada profissão, criando um espaço de análise e discussão sobre as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional das categorias representadas.
IV. **Denunciar às instâncias superiores:** e aos respectivos conselhos profissionais eventuais condições inadequadas de trabalho que possam comprometer a atuação ética e a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
V. **Assessorar as diretorias da instituição:** em assuntos relacionados à ética profissional e às condições de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento de políticas e práticas que assegurem o cumprimento das normas éticas e regulamentares.

VI. **Zelar pelo exercício ético dos profissionais**: avaliando as condições oferecidas pela instituição para o adequado desempenho das atividades, e garantindo que as práticas adotadas estejam em conformidade com os padrões de qualidade e segurança para os pacientes.

VII. **Averiguar denúncias de infrações éticas**: conduzindo investigações internas e notificando os respectivos conselhos regionais sobre infrações detectadas, além de sugerir medidas corretivas quando apropriado.

VIII. **Trabalhar junto às equipes multiprofissionais**: orientando sobre a relevância do comportamento ético-profissional e sobre as implicações legais de atitudes antiéticas no exercício das funções.

IX. **Solicitar assessoria aos conselhos de classe:** das categorias representadas sempre que necessário, para esclarecer dúvidas ou dirimir conflitos relacionados a questões éticas no âmbito da atuação multiprofissional.

Proposta para Regimento Interno da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU)

CAPÍTULO I
Das Finalidades

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) é um órgão representativo da unidade hospitalar, de caráter permanente, com atribuições educativas, fiscalizadoras e consultivas, voltadas para o exercício profissional e ético das diversas categorias de saúde que atuam de forma multidisciplinar nesta Instituição.

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) tem por finalidade assegurar a observância e a conformidade aos Códigos de Ética das respectivas categorias profissionais que a compõem, promovendo, de forma contínua, o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados.

Art. 3º A Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) tem como objetivo assegurar a prestação de atendimento ético e humanizado aos pacientes, seus familiares, colaboradores e demais frequentadores das dependências das unidades administradas pela BHCL, garantindo, em conformidade com a legislação vigente, o respeito absoluto aos direitos, à dignidade e ao bem-estar de todos os indivíduos envolvidos no processo assistencial.

CAPÍTULO II
Das Competências

Art. 4º Compete a Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU):

a) Divulgar os compromissos da COMUSA e as diretrizes éticas e profissionais de todas as categorias representadas, promovendo a conscientização sobre a importância do comportamento ético no ambiente de trabalho;

b) Divulgar os Códigos de Ética dos profissionais envolvidos, bem como pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas relativas ao exercício das profissões, colaborando com os conselhos regionais competentes;

c) Promover e incentivar a participação em congressos, feiras e seminários que abordem o Código de Ética de cada profissão, criando um espaço para a análise e discussão de questões éticas e disciplinares pertinentes ao exercício profissional das categorias representadas;

d) Denunciar às instâncias superiores e aos respectivos conselhos profissionais quaisquer condições inadequadas de trabalho que possam comprometer a atuação ética e a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde;

e) Assessorar as diretorias da instituição em questões relacionadas à ética profissional e às condições de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento de políticas e práticas que assegurem o cumprimento das normas éticas e regulamentares;

f) Zelar pelo exercício ético dos profissionais, avaliando as condições oferecidas pela instituição para o adequado desempenho das atividades, e garantindo que as práticas adotadas estejam em conformidade com os padrões de qualidade e segurança para os pacientes;

g) Averiguar denúncias de infrações éticas, conduzindo investigações internas e notificando os respectivos conselhos regionais sobre infrações detectadas, além de sugerir medidas corretivas quando apropriado;

h) Trabalhar junto às equipes multiprofissionais, orientando sobre a relevância do comportamento ético-profissional e sobre as implicações legais de atitudes antiéticas no exercício das funções;

i) Solicitar assessoria aos conselhos de classe das categorias representadas sempre que necessário, para esclarecer dúvidas ou dirimir conflitos relacionados a questões éticas no âmbito da atuação multiprofissional.

j) Apontar para diretoria possíveis situações de conflito de interesses e condutas que violem a legislação ou política interna da BHCL, acompanhando a tramitação desses apontamentos e a aplicação das penalidades pertinentes;

CAPÍTULO III
Da Composição

Art. 5º A Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) será estabelecida pela diretoria da unidade, e os membros serão nomeados com mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos por igual período.

§1º Os membros do Comitê deverão atender aos seguintes requisitos:

I. Não exercer funções de Direção ou Chefia dentro da instituição;

II. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis, não apresentando condenação de qualquer natureza;

III. Estar em dia com todas as suas obrigações junto ao respectivo conselho de classe;

IV. Possuir vínculo empregatício com a BHCL, sob o regime CLT.

§2º A composição Titular do Comitê incluirá representantes das seguintes categorias profissionais:

I. 1 (um) Fisioterapeuta;

II. 1(um) Nutricionista;

III. 1(um) Psicólogo;

IV. 1(um) Assistente Social;

V. 1 (um) Farmacêutico;

VI. 1 (um) Terapeuta Ocupacional;

VII. 1 (um) Fonoaudiólogo;

VIII. 1 (um) Odontologista;

IX. 1 (um) Enfermeiro.

Parágrafo único. na necessidade, a categoria profissional demandada pode solicitar parecer jurídico ao corporativo, seguindo o fluxo de solicitação de documentos.

CAPÍTULO IV

Da Eleição do Presidente e Vice-Presidente

Art. 6º A eleição para os cargos de Presidente e Vice-Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) obedecerá aos seguintes critérios:

§1º A Presidência da Comissão será exercida de forma rotativa entre as diferentes categorias profissionais representadas, assegurando a equidade de participação e a alternância de liderança.

§2º Fica vedada a recondução ao cargo de Presidente, garantindo a rotatividade e a diversidade de liderança dentro da Comissão.

§3º O mandato do Presidente e do Vice-Presidente será de 1 (um) ano, sem possibilidade de reeleição para o mesmo cargo.

CAPÍTULO V

Das Atribuições do Presidente e do Vice-Presidente

Art. 7º São atribuições do Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU), e, nos casos de ausência ou impedimentos legais, do Vice-Presidente:

I. Convocar e organizar as reuniões regulares e extraordinárias da comissão;

II. Dirigir e acompanhar o andamento das atividades da comissão, garantindo a boa condução dos trabalhos;

III. Participar das votações e exercer o voto de desempate quando houver necessidade;

IV. Designar membros da comissão para tarefas ou funções específicas, de acordo com as necessidades dos trabalhos;

V. Representar a comissão perante outras instâncias ou nomear representantes para atuar em seu nome;

VI. Fiscalizar e validar a elaboração de atas, relatórios, convocações e demais documentos oficiais da comissão;

VII. Manter a organização e arquivamento adequado das atas das reuniões, bem como dos pareceres emitidos pela comissão;

VIII. Garantir a observância deste Regimento Interno, promovendo sua correta aplicação por todos os membros;

IX. Indicar membros para a elaboração de relatórios e outros documentos necessários ao cumprimento das atividades da comissão.

CAPÍTULO VI

Das Competências dos Membros

Art. 8º Compete aos membros da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU):

I - Analisar as questões que lhes forem designadas, emitindo pareceres e pronunciamentos adequados, os quais deverão prioritariamente ter tramitação e assinatura digital;

II - Solicitar vista de assuntos em fase de deliberação pela Comissão, quando necessário para uma análise mais aprofundada;

III - Requisitar informações relativas a temas que estejam sob sua responsabilidade ou área de competência;

IV - Representar a Comissão em eventos e atos públicos, mediante delegação formal do Presidente;

V - Decidir sobre questões urgentes dentro de sua competência, desde que formalmente delegadas pelo Presidente, submetendo as decisões para validação da Comissão na reunião seguinte.

Parágrafo único. O pedido de vista deverá ser deliberado pela Comissão em, no máximo, duas reuniões ordinárias subsequentes.

CAPÍTULO VII

Das Reuniões e Deliberações

Art. 9º O funcionamento da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) obedecerá às seguintes disposições:

§1º A COMUSU reunir-se-á uma vez por mês, podendo as reuniões ocorrerem de forma presencial ou telepresencial.

§2º Para qualquer alteração neste regimento, será exigido o voto favorável de 2/3 dos membros da comissão.

§3º O termo de convocação das reuniões será, obrigatoriamente, enviado para o e-mail previamente cadastrado de cada membro da COMUSU, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§4º As reuniões extraordinárias poderão ser realizadas independentemente de quórum mínimo.

§5º O Comitê reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes, e as deliberações serão aprovadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes na reunião.

CAPÍTULO VIII

Da Exclusão por Inassiduidade e Comportamento Antiético

Art. 10 Caso um membro da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) não compareça a três reuniões consecutivas sem justificativa, será convocada uma reunião extraordinária com pauta exclusiva para deliberar sobre sua destituição.

§1º A destituição será aprovada mediante o voto favorável de 2/3 dos membros presentes com quórum estabelecido.

§2º Se a destituição for aprovada, a decisão será encaminhada à Diretoria da unidade para deliberação e ratificação, que decidirá sobre a exclusão e indicará um substituto no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

§3º Além da inassiduidade, a conduta antiética de qualquer membro também poderá ser motivo para destituição, seguindo o mesmo procedimento de convocação de reunião extraordinária, deliberação e votação com quórum de 2/3 dos membros presentes.

§4º Em caso de comportamento antiético, a Diretoria da unidade poderá instaurar uma investigação interna antes de decidir sobre a ratificação da destituição e a nomeação de um substituto.

CAPÍTULO IX

Das Subcomissões de Ética

Art. 11 O Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU), ou, na sua ausência, o Vice-Presidente, designará a criação de subcomissões de ética temáticas para as seguintes categorias profissionais:

I. Subcomissão de Ética Fisioterapia;

II. Subcomissão de Ética Nutricionista;

III. Subcomissão de Ética Psicologia;

IV. Subcomissão de Ética Assistente Social;

V. Subcomissão de Ética Farmacêutica;
VI. Subcomissão de Ética Terapia Ocupacional;
VII. Subcomissão de Ética Fonoaudiologia;
VIII. Subcomissão de Ética Odontologia;
IX. Subcomissão de Ética Enfermagem.

§1º Apenas poderão compor as subcomissões de ética os profissionais da categoria específica a que se refere a subcomissão, desde que estejam em situação regular junto ao respectivo conselho de classe.
§2º Antes do início de qualquer trabalho pela subcomissão, seus membros deverão apresentar um documento comprobatório de regularidade junto ao conselho de classe correspondente à sua categoria profissional.
§3º As subcomissões serão presididas pelo membro titular da COMUSU referente à categoria profissional da subcomissão.
§4º Para a realização dos trabalhos éticos, serão convocados dois outros membros para compor a subcomissão, podendo ser qualquer colaborador com vínculo empregatício CLT com a BHCL em território brasileiro.
§5º As subcomissões deverão garantir o amplo direito de defesa, o contraditório e o sigilo das informações tratadas em suas deliberações.
§6º O Presidente das subcomissões de ética deverá editar uma portaria regulamentadora, assegurando o cumprimento de todas as legislações vigentes e das normas estabelecidas pelos conselhos de classe da categoria.
§7º Em caso de infração, as subcomissões deverão comunicar imediatamente todas as autoridades competentes, incluindo o respectivo conselho de classe, a diretoria da unidade, e, conforme o caso exigir, as autoridades policiais ou judiciais, respeitando as normas legais em vigor.
§8º As subcomissões atuarão exclusivamente nos casos designados, sendo vedada a participação de profissionais de outras áreas nas apurações.
§9º Ao receber uma denúncia, o Presidente da COMUSU deverá expedir uma portaria designando a subcomissão responsável, que será presidida pelo membro titular da categoria correspondente, o qual deverá adotar as providências legais cabíveis para a apuração dos fatos, respeitando sempre o direito ao contraditório, à ampla defesa e aos direitos humanos.
§10 As subcomissões poderão atuar de forma presencial ou telepresencial e deverão priorizar a tramitação de documentos de maneira eletrônica.
§11 As subcomissões poderão solicitar, caso necessário, o auxílio do departamento jurídico da BHCL para o assessoramento e condução dos trabalhos.

§12 As subcomissões deverão observar as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no tratamento das informações sob sua responsabilidade, garantindo a privacidade e segurança dos dados envolvidos nos processos.

CAPÍTULO X
Da Capacitação e Treinamento

Art. 12 Os membros da Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) deverão participar de programas de capacitação e treinamento contínuos oferecidos pela BHCL, que abordarão temas como ética profissional, legislação vigente aplicável, proteção de dados (LGPD), e boas práticas na condução de processos éticos e disciplinares.

§1º O treinamento inicial será obrigatório para todos os membros recém-nomeados, devendo ser concluído no prazo máximo de 120 dias após a nomeação.

§2º A capacitação contínua será oferecida facultativamente anualmente, visando atualizar os membros sobre mudanças legislativas ou institucionais, e promover a eficiência nas atividades da comissão.

§3º A participação nos treinamentos deverá ser registrada em relatório próprio, que será arquivado pela Comissão, preferencialmente de forma digital, e servirá de comprovação para os conselhos de classe e auditorias internas.

§4º Os treinamentos poderão ocorrer de forma assíncrona, presencial ou telepresencial, conforme o cronograma estabelecido pela BHCL.

CAPÍTULO XI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13 Compete à Comissão de Ética Multiprofissional em Saúde (COMUSU) esclarecer quaisquer dúvidas relacionadas a este Regimento Interno, bem como promover as alterações que julgar necessárias para seu adequado funcionamento.

§1º Os casos omissos ou situações não previstas neste regimento serão resolvidos pela COMUSU, que deverá agir de acordo com os princípios éticos e regulamentares aplicáveis.

§2º Em caso de renúncia de qualquer membro titular da COMUSU, a Diretoria da unidade terá o prazo de 15 dias úteis para nomear um substituto.

Art. 14 O presente regimento poderá ser modificado em conformidade com exigências legais ou para adequação a novas legislações pertinentes que venham a ser implementadas.

Art. 15 As atas das reuniões da COMUSU deverão conter:

I - a identificação da natureza da sessão, com o dia, hora e local da realização, e o nome do presidente da sessão;

II - a relação dos membros presentes, bem como a dos ausentes, indicando se houve justificativa para as ausências;

III - um resumo das discussões realizadas durante a ordem do dia e os resultados das votações;

IV - as atas deverão priorizar a tramitação eletrônica, com coleta de assinaturas digitais dos membros, e garantir o armazenamento digital dos documentos.

Art. 16 Este regimento entrará em vigor após a sua aprovação pela Diretoria da BHCL, respeitando os procedimentos internos da instituição.

Data, assinaturas

Cronograma Anual de Atividades da Comissão Multiprofissional em Saúde (COMUSU)

Mês	Atividades
Janeiro	Reunião de planejamento anual, Revisão do regimento interno, Capacitação inicial.
Fevereiro	Reunião ordinária, Discussão sobre novos procedimentos éticos.
Março	Reunião ordinária, Capacitação contínua sobre ética e conformidade.
Abril	Reunião ordinária, Análise de parcerias profissionais.
Maio	Reunião ordinária, Revisão das políticas de proteção de dados (LGPD).
Junho	Reunião ordinária, Revisão das políticas de proteção de dados (LGPD).
Julho	Reunião ordinária, Revisão das políticas de proteção de dados (LGPD).
Agosto	Reunião ordinária, Capacitação telepresencial sobre práticas éticas e conformidade.

Setembro	Reunião ordinária, Avaliação do cumprimento do código de conduta.
Outubro	Reunião ordinária, Revisão do processo de eleição.
Novembro	Reunião ordinária, Avaliação de desempenho das subcomissões de ética.
Dezembro	Reunião de fechamento, Elaboração do relatório anual, Capacitação de final de ano.

O cronograma apresentado tem o objetivo de organizar e otimizar as atividades da Comissão Multiprofissional em Saúde (COMUSU), garantindo o cumprimento das atribuições e a melhoria contínua dos processos.

Com reuniões periódicas e capacitações anuais, a COMUSU se compromete a manter uma abordagem proativa em relação à ética profissional e ao cumprimento das normas legais e regulamentares.

Ao longo do ano, as atividades planejadas visam assegurar a eficiência e a eficácia das deliberações, fortalecendo a atuação multiprofissional e promovendo um ambiente de trabalho seguro e ético.

4.1.3 Comissão de Biossegurança

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço 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, sendo essa Comissão específica para atuação nas unidades de saúde gerenciadas pela BHCL.

A seguir, apresentamos a proposta de regimento para esta Comissão. Ressaltamos que a proposta é um modelo e pode ser ajustado de acordo com a realidade local.

CAPÍTULO I

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a CCIRAS, entre outras.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º Serão membros efetivos dessa comissão

I – 1 (um) membro da Diretoria

II – 1 (um) representante da equipe de Enfermagem

III – 1 (um) representante da CCIRAS

IV - 1 (um) representante da CAMB

V – O responsável pelo PGRSS

VI – O encarregado de Higienização

VII – 1 (um) representante do setor de compras

VIII – 1 (um) representante do SESMT

IX – 1 (um) representante do Laboratório

CAPÍTULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3° Responsabilidades da equipe de apoio

Áreas e setores representados	Responsabilidades e contribuições
Diretoria	- Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa.
SESMT	- Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; - Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidentes entre trabalhadores da saúde; - Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfuro cortantes e propor soluções; - Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.
Gestão ambiental e de	- Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são

resíduos	detectados através das notificações de acidentes percutâneos; - Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.
Central de material esterilizado	- Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfuro cortantes; - Identificar as questões logísticas envolvidas na implementação de perfuro cortantes com dispositivos de segurança.
Padronização de materiais/setor de Compras	- Ajudar a identificar produtos e fabricantes de perfuro cortantes com dispositivos de segurança; - Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.
Equipe clínica e laboratorial (diretamente envolvidos na realização de procedimentos com perfurocortantes)	- Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas . Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção

CAPÍTULO IV
DA ANÁLISE DOS ACIDENTES OCORRIDOS

Art. 4º A comissão gestora deve analisar as informações existentes no PGR e no PCMSO, além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfuro cortantes realizadas pelo setor de Segurança do Trabalho.

Art. 5º Com as informações dos acidentes, a comissão gestora deverá analisar e chegar às suas próprias análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes.

Art. 6° Após a apuração dos fatos, a comissão gestora deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborativas com segurança.

Parágrafo único. A comissão gestora deverá realizar as investigações juntamente com o setor de Segurança do Trabalho através da ficha de investigação de acidentes padrão da unidade.

CAPÍTULO V
DA TOMADA DE DECISÃO

Art. 7° Em caso de acidente de trabalho ocorrido com material perfuro cortante, a comissão gestora deverá analisar os seguintes aspectos para a tomada de decisão:

I - Situações de riscos e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes; e

IV - Número de trabalhadores expostos às situações de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

Art. 8° A seleção dos materiais perfuro cortantes deverá ser conduzida pela comissão gestora atendendo as seguintes etapas:

I - Definição dos materiais perfuro cortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;

II - Definição de critérios para a seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para testes e avaliações;

III - Planejamento dos testes para substituição em áreas selecionadas no serviço de saúde, decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;

IV - Avaliação da eficácia do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade, para posterior decisão de qual material adotar.

CAPÍTULO VI
DO CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Art. 9° As reuniões serão realizadas em data a definir, onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos acidentes. Todas às informações discutidas serão registradas por meio de ata assinada por todos os membros presentes.

Art. 10. As reuniões extraordinárias serão realizadas a qualquer tempo.

Art. 11. Os membros da Comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 12 (doze) meses, serão excluídos.

Art. 12. Outros profissionais podem ser convidados a participar das reuniões sempre que os membros julgarem necessário.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor da Unidade.

Art. 14. O presente instrumento entrará em vigor após a sua publicação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de Atividades da Comissão de Biossegurança

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Bissegurança													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Constituição da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação sobre acidentes com PC	Equipe			X			X			X			X
Definição de Indicadores	Equipe		X										
Avaliação Interna	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.4 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS, é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, bem como a correta utilização dos antibióticos.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da CCIRAS propomos o seguinte regimento:

Proposta de Regimento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da unidade e vinculada à Diretoria Geral, de acordo com a lei federal nº 9.431 de 06.01.1997, desenvolve ações deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

Art. 2º De caráter técnico científico, permanente e que tem por finalidade formular e programar uma política institucional para qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CCIRAS será constituída por profissionais de saúde formalmente designados pela direção da unidade. Terá uma composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

§1°. A CCIRAS deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

§2°. Os membros da CCIRAS serão de dois tipos: consultores e executores.

§3°. O presidente ou coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros, indicado pela direção do hospital.

§4°. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

1. Serviço médico;
2. Serviço de enfermagem;
3. Serviço de farmácia;
4. Laboratório;
5. Administração.
6. Serviço de Limpeza

§5°. As indicações deverão recair preferencialmente em profissionais com reconhecida experiência em sistema de informação de medicamentos, comissões e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e Administração Hospitalar.

Art. 4º Os membros executores da CCIRAS representam o Serviço de Controle de Infecção e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção.

§1°. Um dos membros executores deve preferencialmente ser um enfermeiro.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E COMPETÊNCIAS

Art. 5º A CCIRAS da policlínica deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção a assistência à saúde, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

§1°. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

§2°. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções das unidades da policlínica;

§3°. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções;

§4°. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

§5°. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRAS;

§6°. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

§7°. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores da policlínica, a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

§8°. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

§9°. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

§10. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

§11. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções;

§12. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

§13. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. - Caberá à autoridade máxima da instituição constituir formalmente a CCIRAS**.**

§1°. Nomear os componentes da CCIRAS por meio de ato próprio.

§2°. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS**.**

§3°. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS.

§4°. Garantir a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

§5°. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar.

§6°. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIRAS, e às alterações que venham a ocorrer.

§7°. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

Art. 7º - São atribuições da CCIRAS

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de controle de infecção na policlínica;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de ações, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

III - Prestar assessoria ao corpo clínico e a administração da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis em assuntos relacionados a CCIRAS;

IV - Estabelecer um plano apropriado de capacitação permanente para os profissionais de saúde envolvidos em assuntos relacionados a CCIRAS, através do Núcleo de Educação Permanente.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 8º Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CCIRAS, ao Diretor Técnico.

Art. 9º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica da unidade.

Art. 10. As resoluções da CCIRAS terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Art. 11. O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da CCIRAS, encaminhada ao Presidente da comissão, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Técnico da unidade.

Data; Assinaturas

Cronograma anual de atividades da CCIRAS.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e implantação de Indicadores	Equipe		X										
Levantamento da necessidade de treinamento	Equipe		X										
Capacitação em Biossegurança				X	E conforme necessidade e campanhas								
Capacitação em lavagem das mãos	Equipe		X	E conforme necessidade e campanhas									
Elaboração de relatório com análise	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demais reuniões	Equipe	Quando necessário											

ações acima descritas se desdobram nas seguintes atividades:

- ✓ Elaborar os seguintes documentos: Manual de Normas e Rotinas da CCIRAS; Manual para Rotina de Acidentes Ocupacionais.
- ✓ Elaborar e implementar o programa de uso racional de antibióticos, em conjunto com a CFT e laboratório de análises clínicas;
- ✓ Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção;
- ✓ Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção - PCI, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do serviço;
- ✓ Estimular o quadro técnico do serviço ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção.
- ✓ Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- ✓ Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
- ✓ Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no serviço, em todos seus setores.
- ✓ Acompanhar, avaliar e desenvolver ações relativas ao controle de qualidade da água.

4.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Descrição da Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes da policlínica, por meio de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Possibilita que a equipe de saúde possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

A Comissão garante ainda, que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de complementação física, documentação anexa devidamente preenchida, e pertinência clínica de relevância ao caso específico. O Corpo Médico, por meio da Comissão, é responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos e dos registros dos demais membros da equipe, bem como conduzir revisão retrospectiva para apurar adequadamente a complementação dos registros de pacientes que já receberam alta.

A Comissão assessora o Diretor Geral no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Consideram-se como registro produzido na assistência integral ao paciente, todas as informações a ele pertinentes, tomadas por qualquer membro da equipe de saúde e arquivadas em qualquer meio: papel, meio óptico, meio magnético, associações desses ou outros que venham a ser utilizados para esse fim.

Organização e Constituição Básica

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem na Unidade, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

Será composta por membros inclusive seu Presidente, designados pelo Diretor Geral, assim distribuído:

- Representante da Enfermagem
- Responsável pelo Corpo Clínico
- Responsável pela Radiologia
- Responsável pelo SAME
- Presidente da CCIRAS
- Outros membros dos diversos setores que se julgar necessário

Um membro desta Comissão, designado pelo Diretor Geral, será o Presidente, o qual será escolhido, preferencialmente, entre aqueles que já serviram à Comissão, em período não inferior a um ano. É desejável que exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos.

Atribuições Gerais

- ✓ Elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes destacando-se os dados referentes a: registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente. Formas e meios utilizados para o registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente. Forma de processamento, acesso e utilização das

informações contidas no prontuário do paciente e arquivamento e conservação das informações relativas aos pacientes.

- ✓ Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à guarda e à organização das informações relativas à assistência a pacientes.
- ✓ Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em sistemas de informações sobre assistência a pacientes no âmbito da Unidade.
- ✓ Estabelecer normas para manutenção e adequação dos arquivos nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade.
- ✓ Desenvolver novos sistemas de informações sobre pacientes e a modificação dos sistemas já existentes, em quaisquer meios, condicionados à prévia aprovação da Comissão.
- ✓ Desenvolver e recomendar por escrito, ao Diretor Geral, as normas, padrões e critérios usados para medir a extensão em que se deve registrar acuradamente, os documentos de relevância clínica, a complementação, fatos médicos e pontualidade de registros no prontuário.
- ✓ Desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima.
- ✓ . Inspecionar os prontuários de pacientes que receberam alta da Unidade no mês antecedente. Esse procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade.
- ✓ Inspecionar em todos os prontuários de pacientes que receberam alta dentro das seguintes categorias: diagnóstico incerto, discordância profissional quanto ao diagnóstico e falecimento.
- ✓ Estudar, registrar e transmitir a informação coletada, ao Diretor Geral, para traçar o trabalho clínico por meio de registros estatísticos sobre o tipo e resultado da dispensa de cuidados, tais como: Frequência de consulta, porcentagem de ocorrência de infecções e outras complicações.
- ✓ Rever prontuários julgados inaceitáveis para os padrões e critérios pré-estabelecidos, quer quanto à complementação, quer quanto a impontualidade de registro.
- ✓ Registrar em impresso resumo estas revisões com as ações tomadas e recomendações ao Diretor Geral, para ações saneadoras.
- ✓ Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Essa revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho.

- ✓ Desenvolver uma lista de abreviações e símbolos, que aprovados poderão passar a fazer parte do prontuário.
- ✓ Recomendar ao Diretor Geral, ação disciplinar quanto aos prontuários que se encontram abaixo do padrão e critério estabelecido ou apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

Para a organização desta Comissão, propomos o seguinte regimento:

Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

CAPÍTULO I

Da Missão

Art. 1º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

a) O paciente: como instrumento de defesa legal para otimizar o tempo de permanência na Unidade, para um diagnóstico e tratamento mais seguro. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente

b) A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente, demonstrando o padrão do atendimento prestado.

c) O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde doença referentes ao território da microrregião, diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico.

d) O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde, pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Hospital etc.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 2º A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na Unidade, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 3º À Comissão de Prontuários compete:

a) Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários.

b) Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas.

c) Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito.

d) Analisar os impressos e sugerir modificações.

e) Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

Da Organização

Art. 4º A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Art. 5º A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Art. 6º A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, membros representativos dos Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem e representação do Apoio Administrativo.

Art. 7º A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras.

CAPÍTULO V

Das Atribuições

Art. 8º São atribuições da Comissão de Prontuários:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de Classe.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros dessa.

e) Fazer cumprir o Regimento Interno.

Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá o Vice-Presidente.

f) Identificação do tempo de registro das informações, pelos profissionais, no prontuário do paciente.

Parágrafo único. As atribuições do Vice-Presidente: assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Art. 9º São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da Comissão.

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço.

h) Solicitar ao SAME, todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

Dos Membros

Art. 10. Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

a) Presidente - representante médico.

b) Membros Titulares - 02 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de nível universitário.

c) Membros Suplentes - 03 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de Nível Universitário.

d) Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

Art. 11. Ao Presidente compete:

a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão.

b) Coordenar as reuniões da Comissão.

c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário.

d) Representar a Comissão.

e) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno.

f) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Art. 12. Aos demais Membros Representativos da Comissão, Titular e Suplente, compete:

a) Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim.

b) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos prontuários e registros médicos.

c) Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo.

d) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários.

e) Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Art. 13. Ao membro representante Apoio Administrativo compete:

a) Redigir ata de reunião de forma clara.

b) Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão.

c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII
Das Funções

Art. 14. A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 15. Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a deliberação da maioria.

Art. 16. Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 17. A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 18. O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art. 19. É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Art. 20. A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002, do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO VIII
Das Disposições Finais

Art. 21. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 22. As determinações deste Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 23. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Revisão de Prontuários.

Data; Assinatura dos diretores.

Cronograma anual da Comissão de Revisão de Prontuários

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão de Revisão de Prontuários													
Ações	**Resp.**	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Nomeação dos membros da Comissão	Presid.		X										
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do formulário de avaliação	Equipe			X									
Padronização da documentação do prontuário	Equipe			X									
Implantação de indicadores	Equipe			X									
Elaboração de relatório com análise	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com CEM	Equipe	Quando necessário											
Reunião com CEE	Equipe	Quando necessário											
Demais reuniões	Equipe	Quando necessário											

As ações descritas se abrem nas seguintes atividades:

- ✓ Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos
- ✓ Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico ou eletrônico
- ✓ Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar -se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido
- ✓ Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico
- ✓ Informar sobre os prontuários médicos, com qualidade de anotações inadequadas, aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso
- ✓ Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição
- ✓ Revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

  - Quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico
  - Quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese, diagnóstico provável e definido
  - Segmento e continuidade das prescrições
  - Temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros
  - Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica

- Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem

- Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências

✓ Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres

✓ Arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 anos, no mínimo.

4.1.6 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço 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, sendo essa Comissão específica para atuação nas unidades de saúde.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da CAMB propomos o seguinte regimento:

CAPÍTULO I

OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º A responsabilidade pela prevenção deverá ser compartilhada entre os membros do COMITÊ GESTOR MULTIDISCIPLINAR, que terá como objetivo eliminar os acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde, implementando a cultura de segurança na instituição, fazendo com que os profissionais entrem no "clima de segurança", aderindo às práticas de trabalho seguras. Será responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de identificação, registro e avaliação dos acidentes com perfurocortantes entre os profissionais que atuam na instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º Serão membros efetivos dessa comissão:

I – 1 (um) membro da Diretoria;

II – 1 (um) representante da equipe de Enfermagem;

III – 1 (um) médico representante do CCIRAS;

III – Responsável pelo PGRSS;

IV – Encarregado de Hotelaria;

V – 1 (um) representante do setor de compras;

VI – 1 (um) representante do SESMT;

VII – 1 (um) representante da CIPA, sendo o vice-presidente;

VIII – 1 (um) representante do Laboratório;

CAPÍTULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3° Responsabilidades da equipe de apoio

Áreas e setores representados	Responsabilidades e contribuições
Diretoria	- Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa.
SESMT/CIPA	- Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; - Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidentes entre trabalhadores da saúde; - Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfuro cortantes e propor soluções; - Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.
Gestão de resíduos	- Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes percutâneos; - Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.
Central de Material Esterilizado	- Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfurocortantes; - Identificar as questões logísticas envolvidas na implementação de perfurocortantes com dispositivos de segurança.
Padronização de materiais/setor de Compras	- Ajudar a identificar produtos e fabricantes de perfurocortantes com dispositivos de segurança;

	- Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.
Equipe clínica e laboratorial (diretamente envolvidos na realização de procedimentos com perfurocortantes)	- Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas . Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção

CAPÍTULO IV
DA ANÁLISE DOS ACIDENTES OCORRIDOS

Art. 4º A comissão gestora deve analisar as informações disponíveis no PGR e no PCMSO, além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfurocortantes realizadas pelo setor de Segurança do Trabalho.

Art. 5º Com as informações dos acidentes, a comissão gestora deverá analisar e chegar às suas próprias análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes.

Art. 6º Após a apuração dos fatos, a comissão gestora deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborativas com segurança.

Parágrafo único. A comissão gestora deverá realizar as investigações juntamente com o setor de Segurança do Trabalho através da ficha de investigação de acidentes padrão.

CAPÍTULO V
DA TOMADA DE DECISÃO

Art. 7º Em caso de acidente de trabalho ocorrido com material perfuro cortante, a comissão gestora deverá analisar os seguintes aspectos para a tomada de decisão:

I - Situações de riscos e acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

IV - Número de trabalhadores expostos às situações de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

Art. 8° A seleção dos materiais perfurocortantes deverá ser conduzida pela comissão gestora atendendo as seguintes etapas:

I - Definição dos materiais perfurocortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;

II - Definição de critérios para a seleção dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para testes e avaliações;

III - Planejamento dos testes para substituição em áreas selecionadas no serviço de saúde, decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;

IV - Avaliação da eficácia do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade, para posterior decisão de qual material adotar.

CAPÍTULO VI
DO CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Art. 9º As reuniões serão realizadas em dia da semana pré-determinado, mensalmente, onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos acidentes. Todas às informações discutidas serão registradas por meio de ata assinada por todos os membros presentes.

Art. 10. As reuniões extraordinárias serão realizadas a qualquer tempo.

Art. 11. Os membros da Comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 12 (doze) meses, serão excluídos.

Art. 12. Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões sempre que os membros julgarem necessário.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Diretoria Corporativa, Diretoria da unidade e dos membros da Comissão.

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião convocada para este fim.

Art. 15. As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas com a avaliação do item através de análise técnica dos membros desta Comissão, obedecendo à área de formação e competência, fato este que motivou a equipe ser composta de forma multiprofissional;

Art. 16. Toda definição da Comissão deverá ser inserida no cadastro da Gestão de Suprimentos, e em todos os níveis do sistema, além de ser utilizada em todas as fases e registros de compras, independente do modelo de aquisição escolhido.

Art. 17. Revogam-se as disposições em contrário.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de Atividades da Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB													
Ações	**Resp.**	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação dos profissionais em prevenção de acidentes com material biológico	Equipe			X			X			X			X
Levantamento de acidentes e motivos	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de plano de ação	Equipe		X	X									
Implantação de Indicadores	Equipe		X	X									
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é um instrumento que gestores e colaboradores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam a saúde e segurança dos que exercem atividade laboral na Unidade.

Atribuições

As atribuições da CIPA estão elencadas na Lei nº 6.514/1977 e na NR 05, item 5.16 do Ministério do Trabalho e Emprego. São atribuições da CIPA.

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores

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

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

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

- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e segurança do trabalho

- Participar, com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores

- Requerer, ao SESMT, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores

- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e o PGR – Programa de Gestão de Riscos e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho

- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho

- Participar, em conjunto com o SESMT, a análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados

- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores

- Requisitar à empresa as cópias das Comunicações de Acidentes de Trabalho - CAT emitidas

- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT

- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS

A CIPA deverá abordar as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho e será composta de representantes da organização social e dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5.

Todos os membros da CIPA devem reunir-se uma vez por mês, obedecendo a um calendário anual, estabelecido em comum acordo na primeira reunião.

Para a organização desta Comissão propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

CAPÍTULO I

Dos Objetivos

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

CAPÍTULO II

Da Constituição

Art. 2º A CIPA será composta de representantes da organização social, por meio da Administração da Unidade, e dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, respeitando o dimensionamento paritário.

Art. 3º Os representantes da Administração da Unidade, titulares e suplentes, serão designados pelo Diretoria Geral.

Art. 4º As disposições contidas neste Regulamento aplicam-se, no que couber, aos colaboradores não celetistas e avulsos.

CAPÍTULO III

Do Mandato

Art. 5º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 6º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 7º Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na instituição sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do Art. 469, da CLT.

Art. 8º A Direção da Unidade deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 9º A Direção da Unidade designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 10. Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 11. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância da Direção.

Art. 12. Empossados os membros da CIPA, a Direção deverá protocolizar, em até dez dias, na Unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 13. Protocolizada na Unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições

Art. 14. A CIPA terá por atribuição.

a) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT.

b) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho.

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

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

e) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

f) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.

g) participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Direção, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.

h) Requerer ao SESMT ou à Direção, a paralisação do setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores.

i) Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Gestão de Riscos - PGR e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

j) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.

k) Participar, em conjunto com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.

l) Requisitar à Direção e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.

m) Requisitar as cópias das CAT emitidas.

n) Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT.

o) Participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 15. Cabe à organização social proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 16. Cabe aos colaboradores.

a) Participar da eleição de seus representantes.

b) Colaborar com a gestão da CIPA.

c) Indicar à CIPA, ao SESMT e à Direção situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

d) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17. Cabe ao Presidente da CIPA.

a) Convocar os membros para as reuniões da CIPA.

b) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Direção e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.

c) Manter a Direção informada das atividades.

d) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 18. Cabe ao Vice-Presidente.

a) Executar atribuições que lhe forem delegadas.

b) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos **temporários.**

Art. 19. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições.

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

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

c) Delegar atribuições aos membros da CIPA.

d) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT.

e) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.

f) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

g) Constituir a comissão eleitoral.

Art. 20. O Secretário da CIPA terá por atribuição.

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

b) Preparar as correspondências.

c) Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V

Do Funcionamento

Art. 21. A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal e em local apropriado.

Art.23. As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da inspeção do Trabalho - AIT.

Art. 25. Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando.

a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência.

b) Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal.

c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 26. As decisões da CIPA serão tomadas, preferencialmente, por consenso.

Art. 27. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 28. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 29. A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à Unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Art. 30. No caso de afastamento definitivo do presidente, a Direção indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 31. No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VI

Do Treinamento

Art. 32. A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 33. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias contados a partir da data da posse.

Art. 34. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens.

a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo.

b) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho.

c) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS, e medidas de prevenção.

d) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho.

e) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos.

f) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 35. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Art. 36. O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

Art. 37. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art. 38. Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a Unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII
Do Processo Eleitoral

Art. 39. Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 40. O processo eleitoral observará as seguintes condições.

a) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 dias antes do término do mandato em curso.

b) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias.

c) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante.

d) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição.

e) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver.

f) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) Voto secreto.

h) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral.

i) Faculdade de eleição por meios eletrônicos.

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

Art. 41. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos colaboradores na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 42. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 43. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 44. Este Regimento poderá ser aprimorado nos termos da NR.

Art. 45. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinaturas

Cronograma Anual de atividades da CIPA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação em Segurança	Equipe			X			X			X			X
Definição de Plano de ação	Equipe			X									
Implantação de Indicadores	Equipe		X	X									
Elaboração do mapa de risco	Equipe					X	X	X	X				
Conferência dos certificados (extintor, AVCB)													
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.8 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

DEFINIÇÃO E FINALIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde - CGRSSS é a comissão criada para atuar na unidade, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

ATRIBUIÇÕES

São atribuições desta CGRSSS a elaboração, implementação e avaliação do Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da unidade, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

1 - Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos hospitalares.

2 - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares.

3 - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS.

4 - Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria-geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares.

5 - Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente.

6 - Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

7 - Elaborar regimento interno para a CGRSS.

8 - Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Proposta para Regimento da Comissão de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos

CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, órgão vinculado à Diretoria Geral, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da unidade, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS

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

I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para Diretoria Geral para aprovação.

II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento.

IV. Desenvolver juntamente com a Diretoria Geral a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente.

V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS.

VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos.

VII. Atualizar anualmente o PGRSS da unidade.

VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na unidade.

IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas.

X. Auxiliar os diversos setores da unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos.

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o Regimento e demais normas da unidade.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

I. Dois representantes da Diretoria Geral.

II. Um representante da equipe de enfermagem.

III. Dois representantes da equipe administrativa.

IV. Dois representantes da área assistencial.

V. Um representante da área de SADT.

§ 1° Os representantes indicados serão nomeados pela Diretoria Geral.

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

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

§ 4º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada à Diretoria Geral para imediata substituição.

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

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

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I. Presidente.

II. Secretário.

I. Integrantes.

Art. 5º Compete ao Presidente da CGRSS:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos. tomar votos e votar.

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate.

III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas.

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes.

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos.

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos.

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

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

Art. 6º Compete ao Secretário, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão.

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes.

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente.

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão.

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações.

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates.

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos.

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Art. 8º Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias.

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias.

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião.

IV. Requisitar à Secretaria, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

V. Justificar ausência com antecedência.

VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados.

VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

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

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

§ 2º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções da unidade.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

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

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

§ 1º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

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

§ 3º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

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

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

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

I - A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu.

II - Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência.

III - O expediente.

IV - O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

V - Todas as propostas por extenso.

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

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

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

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

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada

em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação da Diretoria Geral.

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

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

Data; Assinaturas.

Cronograma anual da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Elaboração do PGRSS	Equipe		X	X									
Capacitação dos profissionais	Equipe			X				X				X	
Implantação de indicadores	Equipe		X	X									
Análise do relatório de pesagem de resíduos	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.9 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CTF é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados na Unidade de Saúde. Além disso, a CFT assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos.

O núcleo técnico executivo é composto por profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao Diretor Clínico com autonomia de decisão, e agrupam-se em membros consultores (Um representante da Diretoria de Enfermagem. Membros convidados da Coordenação Médica. Um representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) e membros executores (Um profissional médico. Um representante da Diretoria Administrativa. Um farmacêutico do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica. Um Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico).

A CFT reunir-se-á minimamente mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

Para a organização da CFT propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1° A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma equipe de discussão colegiada, vinculada à Unidade de Saúde.

§1º. A CFT é diretamente subordinada à Diretoria Clínica da Unidade de Saúde.

§2º. A composição da CFT se dá mediante designação da Diretoria Clínica, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente.

Art. 2° A CFT é de natureza técnico-científica, permanente, que tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3° A CFT será constituída por profissionais de saúde e administração e terá, minimamente, a seguinte composição:

I - Um profissional Médico.

II - Um Farmacêutico do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

III - Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica.

IV - Um Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico.

V - Um representante da Diretoria de Enfermagem.

VI - Um representante da Diretoria Administrativa.

VII - Membros convidados da Coordenação Médica.

§1º. Os membros mínimos que comporão a CFT serão designados pelas respectivas Chefias imediatas.

§2º. As indicações deverão ser prioritárias, preferencialmente, a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar.

§3º. Compete Diretoria Clínica, sob aprovação dos membros da CFT, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no caput do Art. 3º.

§4º. Os membros convidados, subitem "VII", comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CFT.

§5º. Os membros convidados, subitem "VII", deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre a temática definida.

§6º. A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da comissão.

CAPÍTULO III
DA ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 4º A Comissão deverá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

I - Presidente.

II - Vice-presidente.

III- Secretário(a).

IV - Secretário(a) substituto(a).

§1.º Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos.

§2º. A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será validada pelo Diretor Clínico.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São atribuições da CFT:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao Boletim Institucional.

III - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI).

IV - Serão padronizados, exclusivamente, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, baseados em estudos clínicos ou protocolos reconhecidos.

V - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas.

VI - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica.

VII - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos.

VIII - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados.

IX - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos.

X - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados.

XI - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração da Unidade em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

Art. 6° São atribuições do Presidente:

I - Convocar e presidir as reuniões da CFT.

II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT.

III - Assessorar a Diretoria Clínica, quando solicitado.

IV - Representar a CFT perante as Gerências e corpo clinico.

V - Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão.

Art. 7º. São atribuições da(o) Secretária(o):

I - Secretariar todas as reuniões da CFT.

II - Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias.

III - Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT.

IV - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.

V - Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões.

VI - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários.

VII - Protocolar documentos em nome da comissão.

VIII - Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Diretoria Clínica periodicamente.

Art. 8º São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 9° São atribuições da(o) Secretária(o) substituta(o) substituir a(o) Secretária(o) em suas ausências e impedimentos.

Art. 10. São atribuições e competências de todos os membros da CFT:

I - Comparecer às reuniões da Comissão.

II - Participar das análises dos casos.

III - Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica.

IV - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

V - Divulgar junto a seus pares as deliberações da CFT.

VI - Requerer votação de matéria em regime de urgência.

VII - Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse, conforme Anexo III.

CAPÍTULO V

DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES

Art. 11. A CFT reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

§1º. As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos.

§2º. Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes nas reuniões.

§3º. Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes nas reuniões.

§4º. As reuniões se darão nas dependências da Unidade

§5º. A definição e reserva do local se dará pelo(a) Secretário(a) da comissão de forma eletrônica ou, na indisponibilidade do sistema, fisicamente.

Art.12. As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

§1º. Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros.

§2º. Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de quarenta e oito horas (48 horas).

Art.13. É de responsabilidade dos componentes da CFT comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas.

§1º. Será dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal da Unidade de Saúde.

§2º. Será considerado(s) faltante(s) o(s) componente(s) que deixarem de comparecer à(s) reunião(ões) ordinária(s) convocada(s) sem a apresentação de motivação à comissão, conforme previsto no §1º do Art. 13.

§3º. O(s) membro(s) que, injustificadamente incorrerem em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da comissão, sendo encaminhado memorando à Diretoria Clínica o nome e a motivação para o referido desligamento.

Art. 14. A periodicidade das reuniões será de 01 (uma) reunião ordinária mensal.

§1º. As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos.

§2º. Não havendo "quórum", será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da(s) pauta(s) mais emergente(s).

§3º. Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender a(s) prioridade(s) e urgência(s) que não puder(em) ser discutida(s) em reunião ordinária próxima.

§4º. O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações.

§5º. O voto do presidente será considerado voto de minerva.

§6º. Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO VI
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 15. É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências da Unidade.

§1º. Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário constante no Anexo II.

§2º. Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo.

§3º. Serão adotados prioritariamente:

I) Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada.

II) Na economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo-efetividade, custo-benefício, custo-minimização e custo-utilidade.

§4º. Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados à Unidade de Saúde, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins.

§5º. Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes na Unidade, devendo estas:

I) Encaminhar cópia(s) da(s) ata(s) constando a deliberação da comissão.

II) A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros.

III) A comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos.

IV) A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a comissão demandante para discussão colegiada.

§6º. Serão padronizados, apenas, medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas.

Art. 16. Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos:

§1º. A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que sucederá à solicitação.

§2º. A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer.

§3º. O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação.

§4º. A critério do(s) parecerista (s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta.

§5º. A C.F.T. terá sessenta (30) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao(s) solicitante(s).

CAPÍTULO VII
EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 17. O(s) medicamento(s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior há 12 meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizado, serão removidos da padronização de medicamentos.

§1º. Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo, ou considerado mínimo, desde que amparados por força de legislação específica.

§2º. Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomporem a padronização da Unidade de Saúde, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento.

CAPÍTULO VIII
REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 18. O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 01 (um) anos pela CFT.

§1º. Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas/especialidades, em faces à melhoria na assistência médica prestada.

§2º. É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos.

CAPÍTULO IX
REPUBLICAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS

Art. 19. Serão publicados em Boletim Institucional:

I - Inclusões.

II - Exclusões.

III - Alteração em descritivo.

Parágrafo único. Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas.

CAPÍTULO X

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 20. Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I - Preencher o Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado.

II - Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados à Unidade, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins.

III - As solicitações de compra de medicamentos Não-Padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento.

IV - O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização.

V - Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da CFT.

Art. 21. O formulário "Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado", devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico. O representante e membro da CFT, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação e emissão do parecer por "Ad Referendum" ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único. Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o(s) medicamento(s) poderá(ão) ser adquirido(s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Este regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência ou dos membros da C.F.T. mediante deliberação em reunião convocada para este fim.

Art. 23. A revisão do presente regimento ocorrerá a cada 02 (dois) anos, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Data; Assinaturas.

CAPÍTULO XI

ANEXOS

Anexo I - Justificativa para compra de Medicamento Não Padronizado.

Anexo II - Inclusão / Exclusão de Medicamentos na Padronização.

Anexo III - Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

Anexo I - Justificativa para compra de Medicamento Não-Padronizado:

Solicitação nº _____/ 20____(controle interno da CFT)

Nome do Paciente: _____

Prontuário: _____Quarto/ Enfermaria: _____ Leito: _____

Medicamento: _____

Dose: _____ Apresentação: _____

Período de Tratamento: _____ Posologia:_____

Justificativa para compra do medicamento não-padronizado bem como da discordância pela substituição por medicamento similar ou equivalente padronizado:

Nome do Médico:_____CRM:_____

Especialidade:_____
Assinatura:_____ Data:___/___/____Telefones para contato:_____

Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Assinatura:_____

Data:___/___/____ Em caso de dúvidas falar no Ramal XXXX

Anexo II –Solicitação de Inclusão / Exclusão de Medicamentos na Padronização:

Solicitação nº _____/ 20____ (controle interno da CFT)

MÉDICO/PROFISSIONAL ESPECIALISTA SOLICITANTE

Nome do Médico:_____
CRM:_____ Especialidade:_____

Assinatura e carimbo:_____ Data:___/___/____Telefones para contato:_____

Medicamento (nome genérico):_____

Apresentações: _____

Posologia usual: _____

Previsão de consumo (quantidade/mês): _____

Há medicamento de mesma classe ou mesma indicação terapêutica já padronizado?

Sim ( ) Não( ) Se SIM, qual o padronizado? _____

Justifique qual a vantagem sobre o mesmo:

Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento, atualmente disponível, poderia ser despadronizado?
Sim ( ) Não( )

Justifique:

Indicação de uso (justificativa para a padronização) - Anexar evidência científica:

Há Protocolo de Uso Institucional? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, anexá-lo.

Há concordância dos demais especialistas quanto à utilização do medicamento?

Sim ( ) Não( )

Encaminhado à CFT em: ...../...../.....

_____

Assinatura e carimbo do Recebedor

PARECER DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Laboratório(s) fabricante(s):

Apresentação disponível:

Preço de compra Aproximado:

Impacto financeiro:

Parecer da CFT:

Exige Protocolo? Sim ( ) Não ( )

Parecer Emitido em: ...../...../.....

_____

Assinatura e carimbo do Presidente da Comissão

Anexo III - Termo de Isenção de Conflito de Interesse

Nome:_____

Cargo: _____

• Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses?

Sim _____ Não ___

•Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos?

Sim _____ Não ___

• Se você respondeu "sim" a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.

Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras):

Nome da empresa: _____

Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?
Sim _____ Não ___

O interesse é vigente no momento atual?
Sim _____ Não ___

Se "não", quando cessou o interesse? _____

• Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

• Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecidos.

• Declaro que informarei à CFT se houver qualquer mudança nas circunstâncias acima declaradas.

• Assinatura: _____
• Data: ___/___/_____

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Comissão de Farmácia e Terapêutica												
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais	Equipe		X	E conforme necessidade									
Padronização dos formulários	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração dos manuais	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de POP	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e análise dos indicadores	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões com demais comissões e serviços	Equipe	Quando necessário											

4.1.10 Comissão de Proteção Radiológica

A Comissão de Proteção Radiológica, tem por objetivo zelar pelo meio ambiente e saúde dos funcionários do hospital, pacientes, familiares de pacientes e usuários da unidade, no que tange ao

uso das radiações ionizantes. Também assessora os departamentos envolvidos em assuntos pertinentes ao cumprimento das normas legais de Proteção Radiológica.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da Comissão de Proteção radiológica propomos o seguinte regimento:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1° A Comissão de Proteção Radiológica foi institucionalizada formalmente através de Portaria. Conforme a estrutura organizacional da unidade, a Comissão de Proteção Radiológica está diretamente vinculada à Diretoria.

Art. 2° Esta Comissão seguiu as recomendações da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA, que objetiva estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento dos serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamentar o controle das exposições médicas.

§ 1º. Publicada no DOU em 26/12/19, a RDC 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA revogou a Portaria SVS/MS 453/98 e a resolução ANVISA/RE 1016/06. A RDC 330 entrou em vigor na data de sua publicação e estabeleceu o prazo de 12 meses contados de sua publicação para adequação.

Art. 3° A Comissão de Proteção Radiológica é de natureza multidisciplinar e tem como principal atribuição revisar de forma sistemática o Programa de Proteção Radiológica, observando a correta aplicação das legislações vigentes e uso consciente da radiação ionizante.

CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES

Art. 4° São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Atender as determinações RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA e da norma regulamentadora nº 32 do Ministério da Economia.

II. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

III. Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição;

IV. Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Diretoria.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° Esta comissão é composta por membros do quadro funcional e deve ser integrada por, no mínimo:

I. Supervisor de proteção radiológica

II. Representante da direção da policlínica ;

III. Representante do SESMT.

Art. 6° Os membros exercerão seu mandato por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas.

§ 1º A substituição de membros dar-se-á por portaria do superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7° São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhe forem solicitados;

II. Realizar revisões no programa de proteção radiológica;

III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;

IV. Assessorar a superintendência em assuntos tocante à proteção radiológica;

V. Definir anualmente metas de melhorias no programa de proteção radiológica;

VI. Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição, envolvidos ou não com o uso de radiação ionizante;

VII. Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção.

Art. 8° São atribuições do presidente da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

III. Participar das discussões e votações e, quando necessário, exercer o direito de voto de desempate;

IV. Indicar membros pertencentes ou não a comissão para realização de laudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão;

Parágrafo único. O vice-presidente exercerá as mesmas atribuições do presidente, nas suas ausências e impedimentos legais (férias, afastamento, capacitações).

Art. 9° São atribuições da secretaria da comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Lavrar e assinar as atas das reuniões;

III. Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Elaborar relatório semestral das atividades da comissão para envio a superintendente;

VI. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

VII. Realizar outras funções solicitadas pelo presidente relacionadas ao serviço.

Art. 10. São atribuições dos demais membros da comissão:

I. Comparecer às reuniões, proferir voto e pareceres;

II. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela presidência;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência.

IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pela presidência.

V. Os membros poderão nomear um suplente para que possa deliberar junto à comissão em caso de ausência, desde que previamente informado e justificado.

CAPÍTULO V
DAS REUNIÕES E ORGANIZAÇÃO

Art. 11. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, e a convocação deverá ter, pelo menos, três dias úteis de antecedência.

Art. 12. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou a pedido de qualquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

Art.13. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião

Art. 14. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto a administração a participação de convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre determinado assunto.

Art. 15. As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião

Art. 16. A participação na Comissão é voluntária e as reuniões deverão ocorrer no horário de expediente do colaborador.

Art. 17. O quórum mínimo para deliberação será de 3 membros efetivos.

Art. 18. As reuniões da comissão deverão ser registradas em atas, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, demandas e lista de presença, devendo estar sob guarda da secretaria da comissão.

Art. 19. As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Diretor.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21. Este regimento Interno entra em vigor na data de sua homologação pelo Diretor.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades da Comissão de Proteção Radiológica

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão de Proteção Radiológica													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação dos profissionais	Equipe			X	X								
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.11 Comitê de Compliance

4.1.11.1 Compliance e Código de Conduta

Nos últimos anos a instituição vem empregando esforços para o aprimoramento das ações na área de compliance e integridade, destacando-se o engajamento e apoio da alta administração, a elaboração de Código de Conduta e Ética, e a elaboração de políticas institucionais, dentre outras ações. Alicerçada em princípios de transparência e ética, a BHCL, ao longo dos anos, tem consolidado um modelo de gestão que considera diversificação, porte, complexidade e número de unidades geridas. Seu modelo de gestão está alicerçado em uma cultura de integridade.

Compromisso da Alta Administração

A alta administração da BHCL tem atuado de forma importante na promoção, deliberação e monitoramento das ações de integridade.

Compromisso com Compliance e Conduta Ética

A BHCL entende que há uma relação direta entre os dois pontos, já que as regras técnicas influenciam no comportamento pessoal em relação ao trabalho, enquanto as regras éticas consolidam a postura dos colaboradores em relação às suas obrigações. Atualmente, está implantado, tanto na Sede Corporativa, quanto nas unidades por ela gerenciadas, o Código de Conduta Ética, uma vez que a BHCL preza pela ética em todas as suas relações, motivo pelo qual busca empresas, terceiros, clientes e colaboradores que entendam a sua forma de fazer negócios e se comprometam a observar os mais altos padrões de ética e integridade.

O documento define as determinações éticas da BHCL em relações interpessoais, e como deve ser a postura dos colaboradores em relação ao próprio trabalho. As diretrizes aqui contidas são embasadas nas leis aplicáveis às atividades e relações estabelecidas pela BHCL, e em especial:

- ✓ Lei Anticorrupção (Lei 12.846/13) e Decreto 11129/2022;
- ✓ Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.429/1992);
- ✓ Lei de Lavagem de Dinheiro (Lei 9.613/98, alterada pela Lei 12.863/12);
- ✓ Lei de Defesa da Concorrência (Lei 12.529/11);
- ✓ Código Penal (Lei 2.848/40);
- ✓ Consolidação das Leis de Trabalho (Decreto - Lei 5452/43);
- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90);
- ✓ Lei de Licitações (Lei 14.133/21);
- ✓ Código do Consumidor (Lei 8.078/90).

Principais Ações

Políticas, Normas, Manuais e Procedimentos

As Políticas, Códigos e Manuais da BHCL têm o objetivo de dar maior transparência à gestão e processos internos. Os documentos (Políticas, Códigos e Manuais Institucionais) visam à qualidade, segurança, transparência e ética na realização dos processos nas unidades sob sua gestão, bem como ao cumprimento das legislações vigentes nos âmbitos Federais, Estaduais e Municipais.

Controles Internos

Na BHCL, a avaliação de controles internos considera, dentre outros aspectos, o porte da instituição, a diversidade dos perfis e a das unidades geridas. Com o objetivo de ampliar e engajar os profissionais que atuam nas superintendências atualmente existentes, foi definida a realização de

reuniões mensais que abordam os temas sobre Integridade, Financeiro, Fornecedores e Socioambiental. Os objetivos são:

- ✓ Promover o desenvolvimento contínuo e incentivar a adoção de boas práticas de controles internos e realizar interfaces com os responsáveis pela Governança e Compliance;
- ✓ Contribuir para a padronização das práticas e procedimentos corporativos;
- ✓ Garantir que os procedimentos estejam de acordo com a política, normas e padrões da gestão de controles internos; e
- ✓ Promover e apoiar a institucionalização de controles internos, oferecendo e buscando suporte necessário para sua efetiva implementação na instituição.

Gestão de Requisitos Legais

Com o objetivo de estar em conformidade com a legislação vigente e mitigar riscos, a BHCL estabelece em sua estratégia o monitoramento dos requisitos legais aplicáveis a cada uma de suas unidades.

Integração de Novos Profissionais

A integração institucional da BHCL, que é realizada no primeiro dia de trabalho dos profissionais, tem o objetivo de socializar e submeter os novos integrantes ao ambiente da BHCL ou unidade gerenciada, bem como conhecer os valores organizacionais, o Manual de Compliance e o Código de Integridade, Ética e Compliance que estruturam o programa de integridade e compliance.

Canais de Comunicação

- Site da BHCL: uma das iniciativas da BHCL para maior transparência na divulgação das Ações de Promoção de Compliance, foi a inserção de área específica de Compliance no site. Foi disponibilizada área exclusiva denominada "Transparência", para a divulgação dos dados institucionais previstos.

- Canal de Ouvidoria: A BHCL disponibiliza canal de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias dos pacientes e é operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada pelo Analista de Ouvidoria.

- Canal de Comunicação com o Colaborador: **projeto em processo de implantação**. O objetivo é disponibilizar canal de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias dos colaboradores, e ser operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e

confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada pelo Setor de Recursos Humanos.

Relacionamento com Parceiros e Fornecedores

No escopo da implantação do programa de integridade, é fundamental a compreensão sobre a caracterização da cadeia de suprimentos, passando pela compreensão da estratégia das aquisições e contratações realizadas pela BHCL, e o relacionamento com seus fornecedores. Dentre as atividades, destacam-se:

- Portal Eletrônico de Compras – Divulgação do Código de Conduta e Canal de Denúncias para Fornecedores - A BHCL realiza as compras por meio de um portal eletrônico de compras. O controle informatizado do processo permite realizar compras de forma transparente e controlada, registrando o histórico das cotações, negociações, compra com resultados facilmente mensuráveis e ações rastreáveis, fortalecendo a transparência nos processos de aquisição;
- Avaliação de Fornecedores – a BHCL, continuamente, vem aprimorando as ações do Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores – CTQF, que é formado por equipe corporativa multiprofissional e tem por objetivo realizar visitas técnicas e verificar o cumprimento de requisitos estabelecidos e formalizados em um checklist padronizado. Outra atribuição do Comitê, além das visitas técnicas, é o monitoramento de alerta dos órgãos reguladores e o controle de desvios de qualidade dos produtos;

- ✓ Avaliação de Fornecedores;
- ✓ Questionários de Due Diligence; e
- ✓ Cláusulas Anticorrupção nos contratos com empresas terceiras.

Durante o processo de integração, o colaborador recebe o Manual com o Código de Integridade Ética e Compliance, contendo as normas da instituição, e ao final assina e destaca o termo de adesão às diretrizes, conforme apresentado em **Volume 2, item 5.4.3.1.**

Plano de Implementação do Compliance

Atualmente a BHCL já tem implantada a Política de Compliance e Código de Conduta, e se utiliza de ferramentas tecnológicas para garantir a segurança na aplicação e monitoramento das políticas de compliance.

Para a implantação na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a BHCL seguirá o seguinte cronograma:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Implantação do Programa de Compliance												
Atividades	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Analisar os riscos												
Definir Plano de ação												
Capacitar os colaboradores quanto ao Código de conduta e compliance												
Constituir o Comitê de Compliance												
Realizar auditorias												
Elaboração de Relatório												

4.1.11.2 Proposta para Implantação do Comitê de Compliance

Para a aplicação das Normas e Rotinas, a BHCL se propõe a implantar o Comitê de Compliance, com a proposta a seguir de Regimento.

Proposta de Regimento para o Comitê de Compliance

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste Regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores da unidade.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º Receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinares quando cabíveis.

Art. 3º É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e à Diretoria Geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A composição mínima do Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um profissional de compliance, um membro da Diretoria Geral e um membro da Diretoria Técnica, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade da unidade.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Ao presidente do Comitê de Compliance, além de outras instituídas neste regimento, compete:

I – Presidir as reuniões ordinárias;

II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessárias;

III- Encaminhar aos membros do Comitê de Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Comitê de Compliance para apreciação e aprovação;

IV- Representar Comitê de Compliance sempre que solicitado;

V- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

VI - Fazer cumprir o regimento;

VII- Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;

VIII- Nas decisões do Comitê de Compliance, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX – Indicar seu vice-presidente/coordenador;

X- Instaurar procedimento de investigação relativo às denúncias quando cabível.

Art. 7º Ao vice-presidente do Comitê de Compliance compete, além de outras instituídas neste regimento:

I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II- Zelar pelo sigilo das informações.

Art. 8º Ao Comitê de Compliance compete:

I – Emitir parecer cotécnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Compliance;

II- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

IV- Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance à todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;

V- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance.

VI – Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Compliance.

VII- Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º O Comitê de Compliance será presidido pelo profissional de Compliance que será nomeado pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10. São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

I – Promover o monitoramento das regras do Programa de Compliance;

Art. 11. São atribuições da Secretaria do Comitê de Compliance:

I- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II- Convocar os membros do Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;

III – Organizar e manter o arquivo do Comitê de Compliance;

IV – Receber e protocolar os processos e expedientes;

V- Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12. As reuniões do Comitê de Compliance serão realizadas mensalmente com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário previamente definidos e informados.

Art. 13. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Art. 14. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 15. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 16. O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral.

§1º. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

Art. 17. As decisões do Comitê de Compliance serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 18. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 19. As reuniões do Comitê de Compliance deverão ser registradas em ata contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 20. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Art. 21. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance em conjunto com a Diretoria.

Art. 22. Os assuntos tratados pelo Comitê de Compliance deverão ser guardados em sigilo ético e em obediência a Lei Geral de Proteção de Dados pessoais por todos os membros.

Art. 23. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 24. Nenhum membro do Comitê de Compliance, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê, sem que para isso esteja devidamente autorizado.

Art. 25. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração, obrigatoriamente, ser submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Art. 26. Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades do Comitê de Compliance

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comitê de Compliance													
Ações	**Resp.**	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação dos profissionais nos conceitos de ética e transparência	Equipe			X	**e sempre que necessário**								
Analise de 100% de notificações recebidas	Equipe		X	X									
Elaboração de documentos	Equipe			X	X	X							
Implantação de Indicadores	Equipe		X	X									
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Segue em **Anexo 1**, a ata de implantação do Programa de Compliance.

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

16 out 2024 07:33:17 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

16 out 2024 12:56:37 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

16 out 2024 12:56:43 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

PROPOSTA TÉCNICA PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, CONFORME INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO

PROPONENTE:
Razão Social: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL
Endereço: Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil – CEP 18.285.000 – Cesário Lange-SP
Endereço eletrônico: www.bhcl.org.br
Telefone: (15)3246-1410
Número de inscrição: 50.351.626/0001-10

DECLARAÇÃO

Pela presente declaração, torno público para os devidos fins, que prestarei no A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no EDITAL 09/2024 – SES/GO aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de **120 (cento e vinte) dias** a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde-SUS, bem como, respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Cesário Lange, 18 de outubro de 2024

Sumário

4. ÁREA DE QUALIDADE 411

4.1 QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES 411

4.1.12 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) 411

4.1.13 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP) 417

4.1.14 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT 474

4.1.15 OUTRAS COMISSÕES 480

4.2 QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL 504

4.3 PLANO/PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CONTRARREFERÊNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA 546

CONTRARREFERÊNCIA 546

COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO 547

O QUE É O COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO? 548

DESAFIOS ENCONTRADOS NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA 549

CONTRARREFERÊNCIA X COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO 550

COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO 550

5. QUALIDADE TÉCNICA 567

5.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE 567

5.1.1 EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS 567

5.1.2 EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS 567

5.1.3 EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE POLICLÍNICAS/AME/CLÍNICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR 568

5.1.4 CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR NA ÁREA DA SAÚDE, COM PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE HOSPITALAR, COM ANUÊNCIA POSTERIOR DA SES/GO 568

5.1.5 APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO 568

5.1.6 TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR 578

5.1.7 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular 578
5.1.8 Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. 578
5.2 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar 578
5.2.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário 578
5.2.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada 579
5.2.3 Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica 579
5.2.4 Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviço compatível com o perfil da unidade licitada. 590
5.3.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 590
5.3.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima 593
5.3.2.1 Instrução para o funcionamento de Fisioterapia 596
5.3.2.2 Instrução para o funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia 598
5.3.2.3 Instrução para o funcionamento do Serviço de Psicologia 600
5.3.2.4 Instrução para o funcionamento do Serviço de Farmácia 602
5.3.2.6 Instrução para o funcionamento do Serviço de Nutrição e Dietética 630
5.3.2.7 Instrução para o funcionamento do Serviço de Enfermagem 630
5.3.2.8 Instrução para o funcionamento do Serviço de odontologia - CEO I 632
5.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima 643
5.4 Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica 659
5.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial 662
5.4 Política de Recursos Humanos 662
5.4.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações 662
5.4.2 Apresentação de plano de cargos e salários 679

5.4.3 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO 679
5.4.4 REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO E APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA CASOS DE AFASTAMENTOS (FÉRIAS E LICENÇAS) 694
5.4.5 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DESENVOLVIMENTO 699

6. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS ... 721

7. PLANILHA FINANCEIRA 738

ANEXOS

Anexo 1. Ata de Aprovação do Programa de Compliance
Anexo 2. Plano de Segurança do Paciente
Anexo 3. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos
Anexo 4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos
Anexo 5. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar
Anexo 6. Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL
Anexo 7. Manual de Compras
Anexo 8. Plano de Cargos e Salários
Anexo 9. Código de Integridade Ética e Compliance - Manual de Compliance
Anexo 10. Manual de Protocolos Médicos
Anexo 11. Manual de Protocolos de Atenção não-médica (equipe multiprofissional, incluindo enfermagem)
Anexo 12. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS
Anexo 13. Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular
Anexo 14. Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

Anexo 15. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento

Anexo 16. Planilha de Dimensionamento de RH

Anexo 17. Proposta Financeira

Anexo 18. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE- Manifestação do profissional e interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Proposta Técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

4. ÁREA DE QUALIDADE

4.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

Para cada comissão elencada a seguir, está apresentado o regimento correspondente. Ressalta-se que este documento é um modelo e será adequado às características e perfil da unidade, objeto de contrato.

As reuniões de todas as comissões estão previstas para acontecerem mensalmente, e na necessidade, reuniões extraordinárias, a qualquer tempo.

(Continuação do Volume 1)

4.1.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa Científica (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos segundo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - Res. CNS 196/96, II.4.

Para a organização da Comissão de Ética em Pesquisa propomos o seguinte regimento:

Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa

CAPÍTULO I

Do Objeto e suas Finalidades

Art. 1º O Comitê de Ética em Pesquisa – **CEP** é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, constituído nos termos da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, expedida

em 10/10/1996 e revogada pela Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 12/12/2012 e normatizada pela Norma Operacional 001/2013.

Art. 2º Ao **CEP** compete regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, no âmbito da unidade de saúde compreendido pela, nos termos das resoluções vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos.

Parágrafo Único. Os membros do **CEP** têm total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê, mantendo, sob caráter confidencial, as informações às quais têm acesso.

CAPÍTULO II
Da Composição

Art. 3º O **CEP** é composto por:

a) Coordenador e vice-coordenador(es)
b) Colegiado
c) Equipe de assessoria técnica e administrativa

Art. 4º- Da Coordenadoria e Vice-coordenadoria:

a) O **CEP** será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, em reunião de colegiado.
b) Será designado pelo menos 1 (um) vice-coordenador indicado pelo coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do **CEP**.

Parágrafo único. O mandato do coordenador e do(s) vice-coordenador(es) do **CEP** será de 3 (três) anos, sendo permitida a recondução.

Art. 5º Do Colegiado:

a) O Colegiado do **CEP**/ será composto por membros nomeados a partir de indicação dos departamentos e/ou dos membros titulares e suplentes que compõem o colegiado **CEP**.
b) A indicação de qualquer membro titular ou suplente deverá ser submetida à aprovação plenária;

§1º O Colegiado do Comitê é constituído no mínimo por 7 (sete) membros titulares, incluindo profissionais das áreas de saúde, ciências sociais, exatas e humanas, e representantes dos usuários assistidos ou não pela Instituição. Cada membro titular poderá contar com pelo menos 1 (um) membro suplente.

§2º Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, 1 membro representante dos usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros, estipulada pela Resolução, (Nº 001/13, ou seja, 1 (um representante de usuários para cada 7 (sete) membros titulares.

§3º O **CEP** deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.
§4º Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição.
§5º Nenhum dos membros titulares ou suplentes do **CEP** poderá ser remunerado.
§6º O mandato dos membros do **CEP** será de 3 (três) anos, sendo permitida recondução.
§7º Não será permitida, ao final de cada mandato, a renovação de mais de um terço dos membros do **CEP**.
§8º Todos os membros do Corpo Clínico da unidade são considerados membros consultores "*ad hoc".*
§9º De acordo com as Res. CNS 196/96 e 370/07, o CEP será constituído por um colegiado com número **não inferior a sete membros**, sendo multidisciplinar, multiprofissional, com profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, pessoas que se dediquem ao estudo da bioética, entre outras profissões e, pelo menos, um membro representante da comunidade.
Art. 6º O **CEP** será assistido por uma equipe técnica-científica e equipe administrativa, ficando suas atividades vinculadas ao Coordenador.

CAPÍTULO III
Das Atribuições e Competências

Art. 7º O Comitê de Ética em Pesquisa terá as seguintes atribuições:

a) analisar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias;

b) expedir instruções com normas técnicas para orientar os pesquisadores a respeito aos aspectos éticos;

c) garantir a manutenção dos aspectos éticos de pesquisa;

d) zelar pela obtenção e adequação de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos ou grupos para sua participação na pesquisa;

e) acompanhar o desenvolvimento de projetos através de relatórios semestrais e/ou anuais dos pesquisadores, nas situações exigidas pela legislação;

f) manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), encaminhando para sua apreciação os casos previstos na regulamentação;

g) desempenhar papel consultivo e educativo, promovendo a educação da ética em pesquisa envolvendo seres humanos em todos os níveis na Instituição ou fora dela.

Art. 8º Ao Coordenador compete:

a) Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê e especificamente:

b) Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

c) Instalar o Comitê e presidir as reuniões plenárias;

d) Promover a convocação das reuniões;

e) Indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade do Comitê;

f) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único. Na ausência do coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo(s) vice-coordenador(es) ou pessoa designada pelo coordenador.

Art. 9º Aos membros do **CEP** compete:

a) estudar e relatar, nos prazos estabelecidos (30 dias), os projetos de pesquisas que lhes foram atribuídas pelo presidente;

b) comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

c) requerer votação de matéria em regime de urgência;

d) verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

e) desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

f) apresentar proposições sobre as questões pertinentes ao **CEP**.

§1º Será dispensado e substituído o membro que não comparecer, sem justificativa, a 3 reuniões consecutivas, ou a 4 intercaladas, no mesmo ano.

§2º O membro do Comitê deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Art. 10. Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

a) receber os projetos da secretaria e realizar a Nota Técnica;

b) participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais;

c) manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando no cumprimento das normas do CEP e das pendências emitidas pelos relatores;

d) auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;

e) participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os princípios, as normas e as legislações vigentes; e

f) elaborar relatórios semestrais do funcionamento do **CEP** para encaminhamento à CONEP.

Art. 11. Aos secretários do **CEP** compete:

a) assistir às reuniões;

b) encaminhar o expediente/pauta;

c) manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do **CEP**;

e) providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

f) lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

g) lavrar e assinar as atas de reuniões do **CEP**;

h) providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

i) Encaminhar aos membros do **CEP** a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV
Das Reuniões

Art. 12. O **CEP** se reunirá em Reunião Plenária ordinária mensal para discussão e avaliação de projetos para permitir a emissão dos pareceres.

§1º O **CEP** se reunirá em carácter extraordinário quando convocado pelo coordenador ou pela maioria dos seus membros.

§2º A reunião do **CEP** se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigida pelo seu coordenador ou, na sua ausência, por um dos vices coordenadores ou um membro do **CEP** designado pelo coordenador.

§3º As reuniões se darão da seguinte forma:

a) verificação da presença do coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos por um vice coordenador ou um membro do **CEP** designado pelo coordenador;

b) verificação de presença dos membros do **CEP** e existência de "*quorum*";

c) leitura e assinatura da ata da reunião anterior;

d) comunicações breves e franqueamento da palavra;

e) leitura e despacho do expediente;

f) ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

) organização da pauta da próxima reunião;

h) distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores; e

i) encerramento da sessão.

§4º Com base no parecer emitido, cada projeto será enquadrado em uma das seguintes categorias:

a) Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução.
b) Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência", enquanto esta não estiver completamente atendida.
c) Não Aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência".
d) Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer
e) Suspenso: quando a pesquisa for aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa.
f) Retirado: quando o Sistema **CEP**/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Art. 13. A cada mês, uma das Reuniões Plenárias do **CEP** deverá também contemplar a apresentação de temas que permitam a capacitação de seus membros.

CAPÍTULO V
Das Disposições Gerais

Art. 14. O CEP manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

Art. 15. Os projetos, protocolos e relatórios correspondentes serão arquivados por 5 anos, após o encerramento do estudo.

Art. 16. Os casos omissos e as dúvidas quanto à aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador do **CEP** e, em grau de recurso.

Art. 17. O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do CEP, através da maioria de seus membros em reunião plenária do colegiado.

Art. 18. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação em reunião plenária do **CEP**.

Art. 19. Os componentes do primeiro **CEP** serão indicados através de ato de designação/administrativo do Diretor.

Art. 20. O **CEP** localizar-se-á nas dependências da Policlínica, sendo que o atendimento ao público em geral e aos pesquisadores é feito (horário a definir)

Data; Assinaturas.

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião.
Meta Permanente:	Reunião mensal, com registro em ata. Planejamento das reuniões mensais.

Cronograma anual de atividades do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão de Ética em Pesquisa - CEP													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Reunião mensal da Comissão	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oficina de capacitação sobre política institucional de pesquisa	Equipe				X	X						X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Reunião com CEE	Equipe				X			X			X		
Reunião com CEM	Equipe					X			X			X	
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.13 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Segundo a Resolução-RDC nº 36/2013 (ANVISA, 2013a) os NQSP devem atuar como coordenadores e articuladores das demais instâncias do cuidado com vistas à promoção de ações preventivas e corretivas (BRASIL, 2014) e são responsáveis pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente do serviço de saúde, que deve contemplar as estratégias e ações

definidas pelo serviço de saúde para a promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde.

O Cronograma de Atividades será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais e por solicitação.

Segue em **Anexo 2** o **Plano de Segurança do Paciente**, desenvolvido pela BHCL, que será adaptado à realidade local.

Para a organização do Núcleo de Segurança do Paciente propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende às normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor.

Parágrafo único. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência da Unidade.

Art. 3º O NQSP tem por finalidade assessorar a Direção da Unidade de Saúde, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o 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.

Art. 6º Considera-se dano o 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.

Art. 7º Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em danos à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).

b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.

c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.

f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.

g) Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado.

h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- Eventos ambientais

a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidados de saúde licenciado.

b) Sequestro de paciente de qualquer idade.

c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente visa a 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.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da 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.

Art. 10. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11. A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as 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.

Art. 12. Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13. Conceitua-se serviço de saúde como sendo o 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.

Art. 14. Considera-se tecnologias em saúde o 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.

CAPÍTULO II
DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16. Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NQSP.

Art. 17. Este Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Portaria MS nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 18. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente, por:

I. 1 representante da Gerência Geral.
II. 1 representante da Gerência Técnica
III. 1 médico representante do Corpo Clínico
IV. 1 representante da equipe multiprofissional
V. 1 enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem
VI. 1 representante da Divisão de Gestão de Cuidados
VII. 1 farmacêutico representante da Farmácia
VIII. 1 representante Setor de Vigilância em Saúde
IX. 1 representante da qualidade
X. Enfermeiros líderes das unidades

CAPÍTULO IV
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19. Princípios e diretrizes do Núcleo:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.

II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.

III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança.

V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20. Competências do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição.

II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição.

IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.

V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição.

VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade.

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização.

XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente

XVIII. Apoiar a Sede da BHCL no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa

XIX. Participar de eventos e demais ações promovidas pela BHCL Sede sobre segurança do paciente e qualidade

XX. Sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente

XXI. Estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V
DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21. Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde

b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde

c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde

d) Proteção à identidade do notificador

e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.

f) Foco nos processos durante a apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria Geral.

Art. 24. As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I. Coordenar as discussões

II. Produzir e expedir documentos

III. Distribuir tarefas

IV. Conduzir os trabalhos

V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25. O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NQSP.

CAPÍTULO VI
DO MANDATO

Art. 26. O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NQSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Gerência Geral.

CAPÍTULO VII
DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NQSP

Art. 27. São princípios do NQSP:

a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.

b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.

c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

d) A disseminação sistemática da cultura de segurança.

e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde

g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 28. Compete ao NQSP:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição

II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição.

IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.

V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição

VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinado pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade.

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.

XIV. Desenvolver, implementar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização.

XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente.

XVIII. Apoiar a Sede da BHCL no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa

XIX. Participar de eventos e demais ações promovidas pela BHCL Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII
DAS REUNIÕES

Art. 29. As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 30. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 31. As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 32. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

Art. 33. A convocação para reunião do NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 34. O NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 35. As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros do NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 36. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 37. Os membros do NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 38. As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV
DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 39. As deliberações do NQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º. As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registrada em ata.

§ 2º. As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º. Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQSP.

CAPÍTULO X
DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 40. O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 41. São consideradas atividades administrativas:

a) Prestar subsídios e informações relacionadas às atividades do NQSP

b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP

c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico.

CAPÍTULO XI
DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NQSP

Art. 42. O NQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertencem ao NQSP.

§ 1º. Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes, tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NQSP e nomeados pela Gerência Geral.

§ 2º. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQSP.

§ 3º. O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

I. Coordenar as discussões

II. Definir responsabilidades dos componentes

III. Conduzir os trabalhos

IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NQSP.

CAPÍTULO XII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 44. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 45. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação

Cronograma Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Elaboração e Padronização de documentos	Equipe			X	X	X							
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A seguir, apresentamos os modelos de protocolos para gerenciamento dos riscos.

4.1.13.1 Proposta para Implantação de Protocolos para Prevenção de Riscos

4.1.13.1.1 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Quedas

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os critérios para avaliação e prevenção do risco de queda do paciente, e reduzir a ocorrência de queda de paciente/ usuários assistidos na Instituição e o dano dela decorrente, por meio da implantação/ implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente/ usuário, garantindo o cuidado multiprofissional em ambiente seguro, e promovam a educação do paciente/ usuário, familiares e profissionais.

2. APLICAÇÃO

Unidades de Saúde - Policlínica

3. DESCRIÇÃO

3.1. Definição

De modo geral, a serviço de saúde acarreta o risco de queda, pois os paciente/ usuários se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco quedas de paciente/ usuários, contribuindo para aumentar: o tempo de permanência serviço de saúde, custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, produzir repercussões na credibilidade da instituição, bem como as de ordem legal e interferir na continuidade do cuidado.

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Consideram-se quedas as seguintes situações:

- Quando encontramos o paciente/ usuário no chão;
- Quando o paciente/ usuário à amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Quando o paciente/ usuário escorrega de uma cadeira/ poltrona/ vaso sanitário para o chão.

3.2. Procedimento

Agente	Procedimento
Enfermeiro	▪ Avaliar e identificar o risco de queda durante a coleta de dados, levando em consideração os seguintes fatores de risco: ✓ Idade < 5 ou > 65; ✓ Agitação psicomotora ou confusão; ✓ Déficit sensitivo; ✓ Distúrbios neurológicos; ✓ Uso de medicamentos*; ✓ Urgência urinária ou intestinal; ✓ Distúrbios psiquiátricos; ✓ Dificuldade de marcha; ✓ Jejum prolongado; ✓ Queda no último ano. ▪ Fatores de alto risco para queda: ✓ Idade acima de 75 anos; ✓ Ocorrência de queda no último ano; ✓ 4 ou mais fatores de risco. ▪ Avisar a equipe de enfermagem que o paciente tem risco de queda; ▪ Fixar a etiqueta amarela no impresso de Gerenciamento de Risco Assistencial, colocar a pulseira amarela no paciente. ▪ Prescrever os cuidados de enfermagem; ▪ Entregar o folheto de orientações para prevenção de queda ao paciente e acompanhante; ▪ Solicitar a presença de um familiar/ acompanhante 24 horas.

*Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e Polifarmácia (uso de 04 ou mais medicamentos).

Nota: Em caso de ocorrência de queda, o Enfermeiro deve abrir a ficha de notificação de queda e entregá-la à Supervisão de Enfermagem. O Médico deve ser avisado imediatamente.

3.3. Cuidados de Enfermagem para prevenção de quedas

Agente	Procedimento

Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	▪ Orientar o paciente e o acompanhante/familiar quanto ao risco de queda; ▪ Orientar o paciente a não se levantar sem o auxílio da enfermagem; ▪ Orientar o paciente quanto ao uso de calçado adequado; ▪ Orientar o paciente quanto ao uso da campainha sempre que precisar levantar-se; ▪ Manter a campainha e o aparelho telefônico próximo ao paciente; ▪ Manter as grades do leito elevadas; ▪ Manter as grades das macas elevadas; ▪ Manter cama travada; ▪ Redobrar a atenção durante a transferência do paciente da maca para o leito ou deste para a maca; ▪ Transferir o paciente da cama para a maca e vice-versa com o transfer; ▪ Deixar a área de circulação do paciente livre de qualquer móvel que possa desencadear queda (escadinha, suporte de soro, mesa de refeição, cadeira, outros); ▪ Manter iluminação da cabeceira durante a noite; ▪ Evitar deixar pisos molhados em áreas de circulação de pacientes; ▪ Acompanhar o paciente ao banho acomodando-o na cadeira higiênica. ▪ Em caso de agitação que possa levar ao risco de queda, aplicar o POP de Contenção Mecânica e comunicar familiar / acompanhante.

Agente	**Procedimento**

Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Em Pediatria • Usar cintos de segurança nos carrinhos. • Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) • **≤ 36 meses** (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento". *A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável*. • **> 36 meses**: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. • Transporte da criança: • **≤ 6 meses**: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas. • **6 meses ≤ 36 meses**: Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. • Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem). • **36 meses:** em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável. ***Nota:*** No caso de *crianças* o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda indica a necessidade de acompanhante. Para paciente/ usuários *adultos*, o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda, indica restrição para a deambulação desacompanhado (alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem).

3.4 Educação ao Paciente/ Familiar

O enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem deve:

- Explicar ao paciente e familiar os riscos identificados como fator de queda;
- Orientar medidas preventivas: manter grades elevadas, uso de calçado com solado antiderrapante;
- Entregar o folheto com as orientações, reforçá-las e solicitar que o paciente/acompanhante assine uma das vias. Anexar em prontuário.

Nota: A primeira orientação deve ser realizada pelo enfermeiro, na admissão do paciente. O reforço deve ser diário, e por toda a equipe de enfermagem

3.5. Ocorrência da queda

O enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem deve:

- Estabilizar o paciente/ usuário
- Chamar o médico para avaliação
- Realizar exames de Raios X, mesmo na ausência de sinais de fraturas
- Conversar com a família
- Realizar o registro em prontuário
- Reclassificar o paciente/ usuário
- Reorientar o paciente/ usuário, família e acompanhante sobre o risco de queda
- Preenchimento da Ficha de Notificação de Queda em impresso próprio e encaminhar ao NSQP.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Folha de anotação de enfermagem/SAE; POP Anotação de Enfermagem; POP Contenção Mecânica; Protocolo para Prevenção de Quedas.

6. SETORES RELACIONADOS

Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão inicial.

4.1.13.1.2 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Flebite

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a prevenção da flebite, identificação e conduta na ocorrência do evento, para garantir a segurança do paciente e equipe durante a administração de terapias intravenosas, promovendo cuidados baseados em evidências, monitoramento regular e intervenções adequadas para minimizar complicações associadas ao uso de cateteres venosos.

2. APLICAÇÃO

Unidades de saúde.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Identificação do Risco

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o risco para flebite na admissão do paciente, e diariamente, de acordo com os critérios abaixo:

Sem riscos
Fatores de risco
Idade > 60 anos
Imunodepressão*
Alteração da sensibilidade
Alteração de perfusão
Antecedentes de flebite
Múltiplas punções
Inserção em emergência
Inserção em mãos e pés (adultos)
Dispositivo periférico de > calibre
Soluções irritantes**

*Paciente renal, má formação cardíaca, pós-QT; ** Solução > 10% glicose, > 5% proteína, extremos de pH e osmolaridade.

- Registrar o risco no Formulário de Monitoramento de risco XX.

3.2 Conduta na ocorrência da flebite

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o grau de flebite, de acordo com a escala de flebite *(The Infusion Nurses Society – INS):*

Grau	Critério Clínico
0	Sem sintomas clínicos
1	Eritema no local de acesso com ou sem dor
2	Dor no local de acesso + Eritema e/ou edema
3	Dor no local de acesso + Eritema e/ou edema + Formação de uma linha + Cordão venoso palpável
4	Dor no local de acesso com eritema + Formação de uma linha + Cordão venoso palpável (>2,5cm) + drenagem purulenta

- Prescrever retirada do cateter e nova punção em outro local. E, prescrever se pertinente compressa morna e/ou elevação do membro.
- Preencher o Formulário para Análise e Verificação de Flebite, e entregar na Gerência de Enfermagem.
- Solicitar avaliação médica.
- Realizar anotações de enfermagem e registrar grau de flebite e medidas realizadas.

Nos dias subsequentes, o enfermeiro deve:

- Avaliar a flebite diariamente;
- Observar a melhora ou piora: Aspecto, extensão, dor e edema;
- Reavaliar conduta – se necessário solicitar nova avaliação médica;
- Anotar em prontuário a avaliação e conduta.

A Equipe Médica deve:

- Prescrever medicamento tópico ou sistêmico, conforme necessidade.

3.3 Educação ao paciente / familiar:

Orientar:

- Paciente e acompanhante para não alterar a velocidade de infusão.
- Não manipular o dispositivo venoso.
- Não retirar o curativo.
- Restrição de movimento do membro puncionado.
- Solicitar a enfermagem, sempre que sentir qualquer desconforto no local da punção

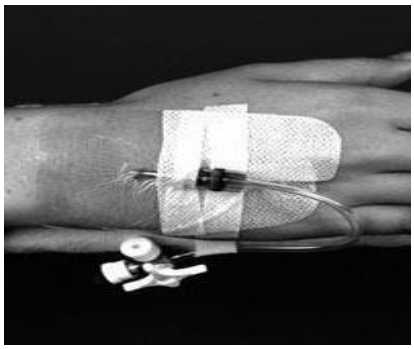
3.4 Prevenção:

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o local de inserção do dispositivo venoso, diariamente.
- Realizar prescrição de enfermagem, e prescrever: data da troca dos dispositivos e troca da fixação.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa mecânica:

- Utilizar cateter intravenoso de calibre adequado ao lúmen da veia.
- Fixar de maneira adequada, estabilizando o cateter, para evitar a mobilização no interior da veia.



Guideline Infusion Nursing Society (INS)

- Evitar a punção em região de articulação.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa química:

- Diluir as medicações, conforme padronizado pela farmácia.
- Infundir as medicações no tempo prescrito, e preconizado pela farmácia.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa bacteriana:

- Realizar antissepsia do local, com algodão e álcool a 70%, e não tocar o local da punção após.
- Preparar as medicações com técnica asséptica.
- Realizar desinfecção das conexões com álcool a 70%, por meio de fricção vigorosa antes de desconectar o sistema, para infusão (polifix, dânula).
- Trocar os dispositivos (dispositivo venoso, equipo, bureta, polifix, dânula) a cada 72 horas.
- Em pediatria: O acesso venoso só deve ser trocado em caso de indicação clínica: infiltração ou flebite.
- Fixar o curativo, mantendo a esterilidade do mesmo.

Além disso, a Equipe de Enfermagem deve:

- Higienizar as mãos antes de separar o material, antes de puncionar o paciente, e manter as luvas até o término da fixação do dispositivo.
- Realizar as orientações ao paciente e/ou acompanhante.
- Seguir as recomendações preconizadas para diluição e tempo de infusão. Na dúvida, contatar o farmacêutico.
- Realizar desinfecção do diafragma do frasco de medicação com álcool a 70% antes de perfurar.
- Não utilizar a medicação se estiver turva ou precipitada – encaminhar para a farmácia, para possível análise.
- Colocar data de punção no acesso venoso e nos dispositivos de infusão.
- Observar o acesso venoso, a cada infusão, e comunicar o enfermeiro se alterações: calor, rubor, edema, dor e/ou presença de secreção, na inserção e/ou trajeto.
- Implementar a prescrição de enfermagem.
- Realizar anotação de enfermagem e registrar:

- Na primeira punção: calibre do dispositivo, número de tentativas e localização.
- Dias subsequentes: condições do acesso venoso e da infusão, troca de dispositivos e motivo.

A Equipe Médica deve:

- Prescrever cada medicação com a diluição e tempo de infusão preconizado.

- Avaliar necessidade de cateter venoso central, quando solicitado.

O Farmacêutico deve:

- Manter atualizado manual de diluição e tempo de infusão.

3.5 Registros

O enfermeiro (a) clínico (a) deve:

- Acessar o sistema ou utilizar impresso próprio, realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Exame Físico, Prescrição e Evolução de Enfermagem), e Anotação de Enfermagem imprimir, assinar e carimbar.
- Anexar os documentos no prontuário do paciente;
- Preencher o formulário Indicador de Processos – Flebite avaliação preventiva, semanalmente, de pacientes com risco para desenvolver flebite.

3.6 Indicador de Processo

O Formulário de Indicador de Processo – Flebite – Avaliação Preventiva deve ser preenchido pela Enfermeira Assistencial responsável pela SAE dos pacientes que apresentam o Risco, uma vez por semana e anexado ao prontuário.

A enfermeira ainda deve:

- Registrar os dados no sistema;
- Analisar as informações em conjunto com as notificações;
- Avaliar o processo.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem; QT: quimioterapia.

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do CCIRAS; Folha de anotação de enfermagem/SAE; POP Anotação de Enfermagem; POP Preparo e Administração de Medicação Endovenosa; POP Troca de dispositivos.

6. SETORES RELACIONADOS

Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão da Qualidade</td></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td>Procedimento Operacional Padrão</td><td colspan="2">Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Conferência da Pulseira de Identificação</td><td>Data de emissão: 02/01/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 02/01/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">Elaboração/Revisão</td></tr>
<tr><td colspan="3">Enfermeiros de todas as unidades assistenciais
Lideranças de Enfermagem
Liderança da Recepção
Gerência de Enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="3">Análise</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Aprovação</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
</table>

4.1.13.1.3 Proposta para Implantação de Protocolo para Identificação Segura do Paciente

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a identificação de pacientes em atendimento nas unidades de saúde e garantir sua segurança.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

A OMS (Organização Mundial da Saúde) define segurança do paciente como "ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associados aos cuidados de saúde", e para garantir a segurança, a OMS elaborou metas para tornar os processos mais seguros.

Garantir a identificação segura do paciente atende à meta número um da OMS, que é: identificar com segurança o paciente sempre que administrar medicamentos ou realizar qualquer procedimento por 2 informações, que não seja o número do quarto, devido a fatores que podem intervir na identificação correta do paciente, como homônimos, idade, problemas da fala e audição.

Nota: A equipe de enfermagem deve realizar a identificação segura, através do nome do paciente e data de nascimento.

3.2 Dados da pulseira

- Pacientes ambulatório, SADT, farmácia, laboratório e TRS: pulseira branca com a etiqueta do paciente colada: nome completo, nome da mãe completo, data de nascimento, número do prontuário e número de atendimento.

Notas:

1. A equipe de enfermagem deve realizar a identificação segura, através da conferência do nome completo da mãe, nome completo do paciente e data de nascimento.
2. Pacientes sem acompanhante, a conferência da pulseira deve ser realizada com a ficha de atendimento.
3. A equipe de enfermagem do setor que admitir o paciente, é responsável por colocar a pulseira branca.

3.3 Pulseira

AÇÃO	AGENTE
Quem confecciona	Recepção
Quem coloca	Paciente adulto – Recepção Paciente pediátrico < 1 ano – Enfermeiro da triagem
Onde colocar	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de Enfermagem
Dados de conferência	Nome completo da mãe, Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Equipe de enfermagem
Quando confere	Na admissão, antes de realizar qualquer procedimento, antes de encaminhar para exames

Notas:

1- Emergência: após o paciente estabilizar, a Equipe de Enfermagem deve identificar o paciente com pulseira branca.

2- Transferência de outro serviço: a recepção deve identificar o paciente com pulseira branca, na sala de observação, exceto isolamento.

3- Criança que recusar a pulseira: colar a etiqueta de identificação na blusa.

4. Adulto que recusa a pulseira: colaborador responsável por colocar a pulseira, deve explicar sobre a segurança e orientar que não vai ser medicado e/ou realizar exames.

3.4 Quando solicitar nova pulseira

Paciente sem pulseira: Solicitar à recepção responsável, ou setor de origem a pulseira, preencher o formulário de evento adverso e comunicar à chefia imediata.

Pulseira com dados incorretos: Solicitar à recepção responsável a impressão de nova pulseira, com os dados corretos. Preencher o formulário de evento adverso e comunicar à chefia imediata.

Pulseira ilegível: A Enfermeira deve solicitar ao setor de internação a impressão de nova pulseira até as 10h no período da manhã, e até 15h no período da tarde. A recepção deve encaminhar ao setor solicitante até 11h, para o período da manhã e até 16h, para o período da tarde.

Notas:

1. A equipe de enfermagem somente deve realizar o exame e/ ou qualquer procedimento, após checar novamente os dados e colocar pulseira no paciente. Esse procedimento é válido também para dados incorretos na pulseira.

2. A recepção deve confeccionar pulseira manual, quando o sistema estiver inoperante, e deve conter: nome completo, data vigente, data de nascimento e nome da mãe.

3.5 Contraindicações do uso da pulseira

- Paciente obeso ou em anasarca: Utilizar 2 pulseiras: colar uma à outra, para aumentar a circunferência.
- Recusa do paciente e/ ou acompanhante: Informar ao enfermeiro da unidade. O enfermeiro deve orientar paciente e/ ou acompanhante sobre a importância do uso da pulseira de identificação. Caso o paciente e/ ou acompanhante mantiver a recusa, o enfermeiro deve realizar a anotação de enfermagem, conforme POP e colar a pulseira na roupa, sempre que o paciente sair do setor.

Nota: A equipe de enfermagem deve conferir os dados dos pacientes com contraindicação do uso da pulseira, conforme citado no item 3.2.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão da Qualidade</td></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td>Procedimento Operacional Padrão</td><td colspan="2">Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Conferência da Pulseira de Identificação</td><td>Data de emissão: 02/01/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 02/01/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

Elaboração/Revisão		
Enfermeiros de todas as unidades assistenciais Lideranças de Enfermagem Liderança da Recepção Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.13.1.4 Proposta para Implantação de Protocolo de Comunicação Efetiva na Transição do Cuidado

1. INTRODUÇÃO

Estudos mostram que 70 % dos erros em saúde ocorrem pela falta de comunicação efetiva , sejam equipes, diferentes unidades de saúde ou com os pacientes. Estas falhas incluem a falta de comunicação, informações errôneas ou incompletas e até a falta de entendimento do que se quer comunicar, sendo reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos , inclusive óbitos.

Melhorar a comunicação entre profissionais constitui uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, sendo um elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida por quem a recebe, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente, como elemento essencial para a qualificação do cuidado deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde. Permitindo que paciente/família/representante legal tomem decisões relacionadas ao seu cuidado de saúde, de forma voluntária e informada, evitando ocorrências de erros, com foco na segurança e satisfação do usuário.

Este protocolo sinaliza as etapas críticas para a comunicação efetiva, as quais podem ser eletrônica, verbal ou escrita, facilitando a identificação, pelos profissionais de saúde, dos momentos e ferramentas de comunicação,que devem ser adotadas para minimizar a ocorrência de eventos adversos relacionados à falha de comunicação, contribuindo para a melhoria da assistência aos pacientes, apoio aos familiares ao aprimoramento do clima organizacional.

2. OBJETIVOS

Estabelecer uma comunicação efetiva entre profissionais, entre profissional e paciente;
Fortalecer a comunicação durante a transferência de cuidados;
Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação;
Estabelecer diretrizes para realização de uma comunicação efetiva durante as etapas críticas atendimento ao paciente;

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo é de cunho institucional e deverá ser aplicado na Policlínicas Estaduais

4. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

A comunicação em ambientes de saúde pode ser considerada de dois tipos: entre profissionais de saúde, que podem envolver categorias e setores diferentes, e entre profissional e paciente, neste caso, podendo envolver também família ou representante legal. Foram definidas algumas etapas do cuidado ao paciente como críticas para o processo da comunicação equipe/paciente/família, as etapas seguem descritas no quadro abaixo:

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM DEVE COMUNICAR?	QUAIS FERRAMENTAS UTILIZAR?

Admissão do paciente	As informações sobre normas institucionais e referentes ao cuidado prestado devem ser repassadas de forma clara e objetiva. Na admissão, são coletadas todas as informações pertinentes do paciente quanto à patologia atual, história patológica pregressa, comorbidades, medicações em uso, alergias e demais aspectos da anamnese. Os pacientes, seus familiares e ou representantes legais devem ser esclarecidos sobre a sua condição atual, os possíveis diagnósticos e qual o segmento a ser dado para o caso.	Profissionais Médicos Equipe Multidisciplinar. NIA	Prontuário no sistema MV.
Nota 1 - Os representantes legais devem ser acionados em casos de pacientes que não se encontram em condições de expressar sua vontade ou menores de 18 anos. O registro da comunicação ao representante legal também se faz necessário, principalmente quando houver tomada de decisão conjunta como profissional médico. **Nota 2 -** No ponto de coleta laboratorial, os pacientes são atendidos na recepção, onde o registro no sistema deve ser realizado. Neste momento devem ser coletadas todas as informações do paciente, como: preparo, indicação clínica, história pregressa, comorbidades, realização recente de exames com uso de contraste e medicações de uso.			
Definição de diagnóstico/ prognóstico	A definição deve ocorrer com base nas provas clínicas, laboratoriais e de imagem que o médico disponha até o momento. Explicar o diagnóstico e/ou prognóstico de forma clara e verificar se o paciente entendeu, familiares e ou representantes legais.	Médico	-Comunicação verbal. -Resultado De Exames. -Registro em Prontuário.
Necessidade de consentimento para procedimentos de exames.	Orientar quanto ao conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma clara, completa e objetiva. Destacar que o paciente pode cancelar essa autorização em qualquer tempo. Pedir ao receptor para repetir a informação repassada certificando-se que compreendeu. Solicitar a assinatura do paciente/responsável legal. Se o paciente/responsável legal tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade.	Médico	Anexar o termo em prontuário no sistema MV.
Nota 1 - O Consentimento Informado Livre e Esclarecido do paciente é parte do ato médico e deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo saúde do mesmo ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização.			
Acompanhamento do Plano Terapêutico	Deve ser elaborado pelo médico e equipe multiprofissional, logo após a admissão do paciente e reavaliado sempre que necessário, para revisão das metas traçadas, bem como	Equipe Multiprofissional	-Formulário Específico. - Registro em Prontuário.

	definição de novas diretrizes e planejamento de alta compartilhada. As metas terapêuticas e de alta compartilhada devem ser traçadas pelo médico especialista, médico da família e equipe multidisciplinar e serão discutidas em grupo. E a coordenação do cuidado de responsabilidade da gestora do cuidado e médico da família.		-Contato Telefônico.
Necessidade de transferência interna/externa	A necessidade de transferência interna ou externa do paciente faz parte de todos os processos assistenciais de unidade de saúde e, dessa forma, deve ser registrada em prontuário e comunicada ao paciente e/ou familiares/representante legal. Assim, caso o médico identifique critérios para tal, os quais devem fazer parte do perfil de cada unidade, ele fará a solicitação de transferência via sistema SERVIR e seguirá o fluxo estabelecido. É recomendado que no momento da decisão, a comunicação ao paciente /familiares / representante legal seja efetivada e o registro em prontuário no sistema MV.	Médico	- Relatório de transferência interna/externa realizado no sistema SERVIR; - Registro em Prontuário sistema MV; -Contato Telefônico.
Compartilhamento do cuidado "alta"	Para uma alta compartilhada adequada é necessário que cada profissional siga os critérios definidos nas notas técnicas e protocolos das linhas de cuidado, e que os mesmos estejam presentes em evolução e relatório de alta, justificando o compartilhamento do cuidado do paciente com a APS. Ainda, durante o planejamento da alta, o paciente ou responsável deve receber todas as informações pertinentes à continuidade do cuidado externo, por parte da equipe multiprofissional. Deverá ter descrito em prontuário o seu plano de alta e deverá ser entregue uma cópia para o paciente e materiais instrucionais de apoio para o paciente.	Equipe Multiprofissional	- Plano de alta realizado no sistema MV. - Registro em Prontuário
Comunicação de óbito	Após constatado o óbito e toda assistência prestada, cabe ao médico comunicar à família e acionar a gestora do cuidado, assistente social e psicólogo para se colocarem à disposição da família no que for possível. Se o acompanhante ou familiar estiver presente a comunicação acontecerá pessoalmente . Caso o paciente esteja sem acompanhante, o enfermeiro deve comunicar o ocorrido à Assistente Social, que solicitará à presença da família na Policlínica, para então receber a notícia do óbito pelo médico.	Médico	- Declaração de Óbito; -Comunicação Verbal. - Registro em Prontuário. - Contato Telefônico.

Nota 1 - Todas as informações repassadas à família, incluindo o horário e a pessoa a quem óbito foi comunicado devem estar registradas na evolução médica.			
Comunicação do paciente com barreiras linguísticas, sensoriais e de locomoção	O cuidado humanizado, integral e centrado nas necessidades das pessoas, perpassa pela necessidade de se transpor as barreiras linguísticas, sensoriais, motoras e culturais Todo paciente com alguma necessidade especial, deverá ser identificado pela equipe, a qualquer momento, seja no momento da entrada na instituição, pelo recepcionista, ou pela equipe assistencial. No momento do cadastro do paciente pela recepção, o recepcionista deverá identificar se o paciente /acompanhante tem alguma necessidade especial. Devendo ser registrado no cadastro e comunicado para o enfermeiro do setor destino essa necessidade, caso a necessidade seja identificada após o cadastro do paciente, em qualquer etapa do cuidado, o colaborador deve acionar a recepção para que seja registrado no cadastro do paciente a barreira identificada	Recepção e equipe assistencial	-Comunicação Verbal. - Língua De Sinais. - Aplicativo Tradutor. - Registro em Prontuário. - Contato Telefônico.
Nota 1 - Desde a integração os colaboradores devem ser orientados e treinados para identificar as barreiras e/ ou necessidades especiais dos pacientes. Para que todos os profissionais da policlínica atuem no cuidado ao paciente.			

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A transição de cuidados será aplicada em todos os pacientes da Policlínica em tratamento clínicos, que necessite de transferência para uma unidade de saúde de maior complexidade em decorrência a uma situação de emergência clínica.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não será englobado pelo presente protocolo os pacientes admitidos na unidade que necessitem de transferência para realização de exames eletivos que não estão na carteira de serviço da Policlínica.

7. COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transição do cuidado consiste na continuidade da execução do processo assistencial planejado por diferentes profissionais, o qual pode ocorrer entre setores durante as transferências ou transportes ou dentro da mesma unidade onde o paciente se encontra.

A metodologia visa promover a segurança para o paciente no momento em que o mesmo será transferido de um setor para outro, de um profissional para o outro dentro da Policlínica, de uma

unidade de saúde para outra, como remoção externa em casos de intercorrência para unidade de saúde de maior complexidade e inclusive para alta compartilhada com a Atenção Primária e orientações de continuidade do cuidado em domicílio.

A transição de cuidados proporciona melhoria da qualidade da assistência e prognóstico dos pacientes. Para que a transição de cuidados seja efetiva é necessário estabelecer uma comunicação clara e objetiva com as equipes multiprofissionais, para que todos compreendam as informações e deem seguimento aos planos terapêuticos propostos por toda a equipe assistencial

As informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida.

Na tabela abaixo estão descritas as etapas críticas para que a transição do cuidado e como a comunicação deve ocorrer:

O QUE COMUNICA?	**COMO COMUNICAR?**	**QUEM DEVE COMUNICAR?**	**QUAIS FERRAMENTAS UTILIZAR?**
Primeira consulta	Consulta inicial do paciente, agendado via sistema de regulação (encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde via Sistema Estadual de Regulação de Vagas Integradas à Rede – SERVIR), para atendimento com determinada especialidade médica e/ou com profissional da equipe multiprofissional.	CRE	- Sistema SERVIR do CRE; - Contato telefônico;
Interconsulta	É a solicitação (encaminhamento) gerada dentro da própria unidade pelo profissional médico ou multiprofissional da Policlínica após o primeiro atendimento do paciente que veio regulado pelo CRE e necessite de atendimento complementar com médicos de outras especialidades e/ ou multiprofissional, para fins diagnósticos e/ ou terapêuticos.	Médico e multiprofissional	-Sistema MV Registro em Prontuário. - Formulário específico para interconsulta.

	O médico ou multiprofissional entrega um encaminhamento, uma solicitação redigida em formulário físico e entrega ao paciente para que ele se dirija para a recepção referente aquela categoria profissional solicitado no encaminhamento.		
Consulta subsequente	Consultas de retorno e/ ou sessões terapêuticas solicitadas pelo profissional que realizou a primeira consulta ou pelo profissional que avaliou na interconsulta para seguimento ambulatorial.	recepcionista ou colaborador do NIA	- Sistema MV - Contato telefônico
Avaliação Global	Avaliação interdisciplinar dos usuários encaminhados pelos profissionais das equipes das Policlínicas Estaduais, ou via Sistema SERVIR (nas vagas das Linhas de Cuidado Prioritárias), realizada por equipe multiprofissional.	CRE Médico Multiprofissional	- Sistema MV - SERVIR - Contato telefônico
Transferência Externa paciente em diálise em intercorrências	A transferência externa do paciente dialítico deve ser acompanhada de um relatório clínico , preenchido no próprio sistema SERVIR, o médico solicitante da transferência deve assinar e carimbar o relatório de transferência externa, este profissional deve orientar o paciente e/ou responsável sobre os motivos da transferência para o hospital de retaguarda, devendo ser formalizado em registro no prontuário do paciente no sistema MV. A equipe assistencial deverá estabilizar o paciente para o transporte, enquanto o enfermeiro rt ou outro profissional que tenha acesso ao sistema do CRE (complexo regulador estadual), insere os dados necessários através do SERVIR, e aguarda o aceite e ciência da unidade hospitalar retaguarda da clínica de TRS. Após a autorização e liberação de vaga zero pelo CRE, o enfermeiro RT informa e libera à equipe assistencial da ambulância do serviço de TRS da Policlínica para a transferirem o paciente ao hospital de retaguarda pactuado com a Policlínica. <u>-Contingência:</u> realizar contato telefônico via ligação e/ ou mensagem de whatsapp para as coordenadoras	Médico/ Enfermeiro	- Comunicação Verbal. - RelatórioDeTransferência (SERVIR). -Registro em Prontuário no sistema MV. -Contato telefônico. - Protocolo De Transporte Seguro

	do serviço de TRS da SES-GO. A coordenadora do serviço de TRS do CRE e a coordenadora do serviço de TRS da SAIS (Superintendência de Atenção Integral à Saúde).		
Transferência Externa paciente em diálise em procedimentos relacionados a confecção de fístulas	É gerada uma solicitação pelo médico nefrologista para confecção de fístulas no paciente dialítico É enviado um email para a hemodialise.sesgo@gmail.com/ Coordenação Estadual de Regulação de Terapia Renal Substitutiva e Transporte, com os seguintes dados: -Nome do paciente; -Nome da mãe; -Data de nascimento; -Endereço Após entrar em contato via email, aguardar retorno informado a data que deverá encaminhar o paciente ao hospital pactuado para o serviço de confecção de fístulas. Disponibilizado a vaga, a enfermeira da clínica de TRS orienta o paciente e familiares sobre o dia da consulta. No da consulta o paciente será enviado ao hospital no transporte da Policlínica acompanhado por técnica de enfermagem da unidade e um familiar, a técnica levará o relatório médico. Na consulta é solicitado doppler arterial e venoso de MMSS. Após realização do exame a enfermeira da clínica de TRS da policlínica entra em contato via WhatsApp com a Central de agendamento do hospital responsável pela confecção de fístula, na qual agenda retorno e via email ou WhatsApp envia para a coordenação do serviço de TRS da Policlínica a filipeta constando data e hora do retorno. A equipe de TRS da policlínica enviará o paciente ao retorno, o médico vascular avalia o resultado do doppler e solicita exames laboratoriais, ecocardiograma, ECG, avaliação com cardiologista para liberação do risco cirúrgico e Rx de tórax.	Médico Enfermeiro	- SERVIR - Contato telefônico - e-mail, mensagem de whatsapp; -Registro em prontuário no MV.

	Após a realização de todos os exames a enfermeira da coordenação do serviço de TRS da Policlínica entra em contato novamente com a Central de agendamento do Hospital e agenda novamente outra consulta, e se tudo estiver dentro dos parâmetros normais é agendado a internação para confecção da FAV..		
Transferência Externa de paciente com intercorrências no ambulatório	No caso de situações de urgência/emergência de um paciente dentro do ambulatório da policlínica, deve-se acionar a enfermeira e o médico RT da unidade. Deve-se realizar todos os procedimentos de estabilização pela equipe assistencial até a remoção do usuário. A enfermeira deve acionar o SAMU para suporte e transferência. Caso o paciente esteja desacompanhado deve ser acionado o serviço social, para entrar em contato com os familiares e informá-los da ocorrência. Quando o SAMU chegar na Policlínica a enfermeira deverá preencher o check list do protocolo de transporte seguro para averiguar se a ambulância do SAMU enviada a unidade está equipada de forma que a mesma corresponda a necessidade do paciente em questão. Esses atendimentos devem ser registrados pelos profissionais no sistema MV com o maior detalhamento possível de informação. E posteriormente a enfermeira e a assistente social deverão manter contato telefônico para monitorar a evolução do paciente.	Médico Enfermeiro Assistente Social	- Contato telefônico - Registro no MV
SADT externo	Conjunto de exames e ações de apoio terapêutico que são disponibilizados aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição médica para realizar o exame, sendo todos esses	Médico	- CRE pelo sistema de Regulação e contato telefônico

	procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.		
SADT interno	Conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos pacientes em atendimento na Policlínica.	Médico Multiprofissional	- Sistema MV
Laudo da unidade móvel	<u>Pacientes de municípios que não reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os laudos serão enviados através do e-mail para as regionais de saúde. As coordenações das regionais serão responsáveis por enviar os resultados para os municípios. Isso vale tanto para citopatológicos quanto para mamografias. <u>Exames alterados de pacientes de municípios que não reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os exames que apresentarem alteração (mamografia com BI-Rads acima de 4 e citopatológicos que apresentarem sugestão de lesão). Esses exames não serão enviados para as regionais, essas pacientes precisarão passar por avaliação com o mastologista ou ginecologista da Policlínica. É responsabilidade da Policlínica agendar essas consultas (a RT de enfermagem informará os dados da paciente para o NIA e o mesmo realizará o agendamento. A RT de enfermagem enviará um e-mail para a regional comunicando as pacientes que apresentaram alteração junto com os dados do agendamento (data, horário, profissional) dessa forma, o município ficará responsável por enviar essas pacientes no dia agendado.	Coordenação das regionais de saúde RT de Enfermagem Recepcionista Médico	- Contato telefônico; - Sistema MV

	<u>Pacientes que reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os laudos serão disponibilizados na recepção de entrega de exames. No ato da entrega, as pacientes irão assinar um protocolo de recebimento do exame. Isso vale tanto para citopatológicos quanto para mamografias. <u>Exames alterados dos pacientes dos municípios que reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os exames que apresentarem alteração (mamografia com BI-Rads acima de 4 e citopatológicos que apresentarem sugestão de lesão). Esses exames não serão entregues para as pacientes, essas pacientes precisam passar por avaliação com o mastologista ou ginecologista. É responsabilidade da Policlínica agendar essas consultas (a RT de enfermagem informa os dados da paciente para o NIA e o NIA agenda, entrando em contato com o paciente para informar data e horário).		
Laudo crítico de exames	<u>Exames de Imagem:</u> Ao ser identificado um laudo crítico de exames de imagem, o médico radiologista deve realizar a comunicação do resultado via telefone, para o médico que solicitou o exame. A comunicação deve ser registrada em prontuário, com data, hora, profissional responsável por comunicar, nome do médico responsável pelo exame, com posterior envio do laudo detalhado, respeitando as pactuações dos tempos de entrega, de acordo com as definições da unidade. <u>Exames laboratoriais:</u> Resultados parciais ou potencialmente críticos de exames laboratoriais, devem ser comunicados pelo analista clínico	Médico Biomédico Enfermeiro	- Comunicação verbal, presencial; - Sistema MV - Contato telefônico

	biomédico responsável ao médico solicitante, será entregue um termo ao médico solicitante no qual o mesmo irá assinar afirmando que o mesmo foi comunicado e recebeu o laudo do exame, a RT de enfermagem informa os dados da paciente pro NIA e o mesmo agenda consulta para a especialidade necessária, entra em contato com o paciente para informar data e horário. O termo de recebimento do assinado pelo médico deve ser anexado ao prontuário do paciente no sistema MV;		
Solicitação e Dispensação de medicamentos de alto custo	A **solicitação** e a **dispensação** dos medicamentos do CEAF nas Policlínicas Estaduais pode ocorrer de duas formas: • Pelo próprio paciente ou seu representante legal; • Por representantes do município devidamente autorizados pelo secretário municipal de saúde e autorizados pelos usuários.	Farmacêutico	- Sistema do CEMAC utilizado é o - SDME
Plano terapêutico Singular	O plano terapêutico deve ser desenvolvido dentro do sistema MV e aberto primeiramente pelo médico e em seguida pela equipe multidisciplinar, se possível logo após a admissão e discutido juntamente com a equipe multidisciplinar e de acordo com a rotina de cada linha de cuidado. Isso permitirá a definição e revisão das metas traçadas, para o alcance do resultado esperado. Também deve ser reavaliado se as metas traçadas foram efetivadas ou não e, em caso negativo, listar as causas prováveis do não cumprimento do plano terapêutico. A equipe multiprofissional deve preencher e acompanhar o plano terapêutico de forma padronizada, conforme a rotina de cada linha de cuidado. É importante que o plano de metas traçado seja disseminado entre toda a equipe, para uma melhor condução da terapêutica do paciente.	Médico Multiprofissional	- Formulário específico. - Registro em Prontuário - Sistema MV - Contato telefônico

Plano de Alta Compartilhada	O plano de Alta ao cuidado domiciliar deverá ser planejado pelo médico e pela equipe multiprofissional que esteja prestando assistência ao paciente, pois no plano deverá constar todas as orientações necessárias para o familiar e/ou cuidador responsável pelo paciente,visando promover a segurança do paciente. O Plano de Alta deve ter caráter educativo e preventivo, objetivando que os pacientes deixem a Policlínica no momento apropriado do seu tratamento e que a prestação dos cuidados pós-"alta" seja organizada, através das seguintes ações: - Avaliar as necessidades do paciente para a alta compartilhada. - Estabelecer PTS e registrar previsão de alta na **admissão** do paciente e registrar em prontuário no sistema MV. - Esclarecer aos pacientes e familiares informações sobre o diagnóstico e plano de tratamento e orientações para a continuidade do seu cuidado em uma unidade básica saúde; -Elaborar o relatório de alta compartilhada. Preencher o formulário do compartilhamento do cuidado. ***** Pacientes das linhas de cuidado que tem doença crônica que fazem uso em domicílio de polifarmácia deverão receber orientação da farmácia clínica antes de sua alta. Prezando pelo uso racional dos medicamentos e seus descartes corretos em casos de desuso ou vencimento, buscando promover a segurança na cadeia medicamentosa e sustentabilidade ambiental.**	Médico e multiprofissional	- Formulário específico. - Registro em Prontuário - Sistema MV
Nota 1- O envolvimento da família é imprescindível, uma vez que o planejamento da alta tem a finalidade de dar continuidade à assistência no domicílio, coordenado pela unidade básica de saúde . Diante das evidências e buscando maior integralidade no cuidado, observa-se a necessidade de um plano de alta multidisciplinar estruturado.			
Nota 2- A Policlínica é um ambulatório especializado voltado para a investigação diagnóstica de patologias e orientação terapêutica **e não no tratamento contínuo destas patologias**. Sendo assim, o encaminhamento de um paciente para a Policlínica acontece quando é necessário			

diagnosticar patologias ou realizar exames complementares e orientações terapêuticas que servirão de apoio para o profissional que realiza ou realizará seu tratamento, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no município que solicitou o encaminhamento. Portanto, após diagnóstico, tratamento e orientação terapêutica, os profissionais médico e da equipe multidisciplinar devem promover a alta ambulatorial do paciente, e o seu **retorno para a Unidade Básica de Saúde** (UBS) ou, caso necessário, encaminhar para outro Serviço de Saúde de referência, para a complementação do tratamento. Por exemplo, encaminhamento aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) quando há necessidade de reabilitação e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de pacientes com transtorno mental severo.

8.REGISTRO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

O registro seguro consiste em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente, sobre os cuidados ofertados pela equipe, onde têm por finalidade estabelecer efetiva comunicação entre os profissionais, fornecer subsídios para avaliação da assistência prestada, acompanhar a evolução do paciente, colaborar com o ensino e pesquisa.

Deve ser feito de forma completa, clara e legível, de todos os cuidados oferecidos aos pacientes, as evoluções, as avaliações de risco, as intercorrências dentre outras informações que compõem um conjunto de procedimentos. Para fortalecer a comunicação verbal, segue abaixo um quadro que descreve como deve ser realizado o registro por categoria.

CATEGORIA	**REGISTRO**
Assistente Social	A admissão do paciente é realizada através da Avaliação Social no sistema MV, onde são coletadas informações sobre as condições socioeconômicas do paciente bem como a identificação de vulnerabilidades e riscos sociais deste e do seu grupo familiar. Tais informações irão orientar as ações e a tomada de decisão diante da realização de encaminhamentos específicos de acordo com cada situação apresentada, após a aplicação da avaliação social, outras intervenções também são registradas no prontuário do paciente, sendo elas: - Autorizações especiais; - Declarações; - Orientações sobre direitos e benefícios sociais; - Encaminhamentos a instituições competentes; - Suporte à alta compartilhada; - Acolhimento e encaminhamentos em casos de óbito;
Nota 1 - Nos casos em que vulnerabilidades e riscos sociais identificados e interfiram na terapêutica médico-assistencial, impactando na condição de saúde dos pacientes e até mesmo no momento pós-alta, cópia dos encaminhamentos sociais para garantir acesso aos benefícios e direitos sociais também serão anexadas ao prontuário do paciente.	
Enfermeiro	Os registros de enfermagem compõem o processo de assistência de enfermagem que devem conter os seguintes instrumentos: 1. Admissão de enfermagem e avaliação de riscos e complexidade dos cuidados.

	2. Plano de cuidados através da prescrição de enfermagem. 3.Registros de enfermagem (Evolução e registros de atividades básicas realizadas no período) Admissão e avaliação de riscos: Nessa etapa deve ser coletado o máximo de informações possíveis, que possam evitar alguns riscos, como queda, lesão por pressão, trombose venosa profunda, broncoaspiração, infecções, dentre outros. A Admissão de enfermagem também possibilita a avaliação do grau de complexidade dos cuidados de enfermagem a serem prestados, de acordo com as necessidades básicas afetadas, permitindo um dimensionamento correto da equipe de enfermagem. Prescrição: consiste em um plano de cuidado, individualizado e sistemático, elaborado, fundamentado nas necessidades básicas afetadas nos riscos a que o paciente está submetido. Registros de enfermagem: A evolução do enfermeiro no prontuário deverá ser sempre que houver a necessidade de algum registro significativo devido à mudança no quadro clínico do paciente ou da conduta a ser adotada, realização de procedimentos e intercorrências no período. Deve ser feita contendo seguintes dados: - Data e hora dos registros; - Hipótese diagnóstica que gerou a consulta; - Nível de consciência, estado geral do paciente; - Queixas do paciente no período; - Riscos aos quais o paciente poderá estar submetido; - Procedimentos realizados pelo enfermeiro no período; - Condição de pele, drenos, curativos, condições de transferência e alta; - Avaliação dos registros dos técnicos de enfermagem fechando os balanços adequando as informações.
Nota 1 - Os técnicos de enfermagem também necessitam realizar os registros no prontuário do paciente, sendo estes em impresso próprio pré-definido pela instituição. Devem contemplar as atividades básicas de enfermagem, tais como: - Data e hora dos registros; - Administração de medicamentos - aceitação ou recusa no período; - Condições de aceitação de dieta; -Condições das eliminações: diurese; - Condições de higiene pessoal; - Preenchimento de formulário de controle hemodinâmico e controle hídrico	
Farmacêutico	- Na admissão do paciente, o farmacêutico deverá realizar a conciliação medicamentosa, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos após análise junto ao médico. Em caso de intervenção farmacêutica, em relação aos medicamentos a serem conciliados, é comunicada ao médico responsável pessoalmente, caso necessário, será via prontuário eletrônico registrado na evolução do prontuário. - As intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento, assim como as intervenções geradas pela análise das prescrições, deverão ser registradas em prontuário eletrônico as prescrições analisadas pelo farmacêutico clínico. - As interações medicamentosas devem ser registradas em prontuário e/ou formulário específico, quanto à gravidade e métodos

	para monitorização. - A investigação da ocorrência de Reação Adversa ao Medicamento(RAM)deverá ser registrada no prontuário, bem como a classificação da RAM quanto à causalidade e gravidade após discussão da equipe farmacêutica. No Prontuário Eletrônico deverão ser registrados o tipo de reação e o medicamento envolvido. Assim Como após a realização do estudo do caso pela farmácia clínica, deverá ser entregue ao paciente cartão com a identificação da RAM e medicamento envolvido. - A evolução em prontuário deve conter: Data e hora dos registros, sinalização atividade registrada (conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, ocorrência de RAM, sinalização de interação, intervenção farmacêutica), descrição objetiva do que foi analisado e, caso seja necessário,sugestão de conduta necessária, carimbar e assinar.
Nota 1 - Deverá ser colocado em prontuário o termo de uso de medicamentos próprio que é assinado pelo paciente, além dele, também é arquivado o formulário de medicamentos de uso restrito após preenchimento pelo médico solicitante, análise do farmacêutico clínico e parecer da direção.	
Fisioterapeuta	O registro no prontuário deverá ser realizado após a assistência fisioterapêutica prestada e deverá ser composto de: - Data e horário do atendimento; - Exame clínico/físico no momento da intervenção com a descrição do estado saúde físico funcional; - Resultados de testes funcionais e/ou escalas realizadas durante o atendimento, bem como descrição de exames complementares realizados previamente; - Diagnóstico e prognóstico: descrição do diagnóstico fisioterapêutico considerando a condição de saúde físico funcional do paciente, estabelecendo o provável prognóstico que compreende a estimativa de evolução do caso; - Planos fisioterapêuticos e protocolos multidisciplinares: descrição do plano terapêutico e/ou protocolo aplicados, relatando os recursos, métodos e técnicas utilizados e o(s) objetivo(s)a ser(em) alcançado(s); - Evolução da condição de saúde físico-funcional: descrição da evolução do quadro de saúde do paciente, eventuais intercorrências e impedimentos para realização das condutas. - Deverá desenvolver plano de alta participativo: com descrições, orientações e ilustrações dos exercícios que ele deverá realizar em domicílio, treinar e esclarecer as dúvidas do paciente familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado apoiado; - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta,suspensão, abandono ou óbito.
Fonoaudiólogo	Nos casos de primeiro registro em prontuário, o fonoaudiólogo deverá proceder seguintes anotações: - Data e hora dos registros; -Dados da anamnese ou entrevista fonoaudiológica; - Diagnóstico fonoaudiológico; - Prescrição da conduta fonoaudiológica e recomendações à equipe; - Registro das orientações ao paciente/responsável ou cuidador. Nos registros subsequentes nos prontuários, o fonoaudiólogo deverá

	realizar seguintes anotações: - Evolução do quadro e procedimentos realizados; - Informações sobre as condições clínicas/estado geral do paciente no momento intervenção/consulta; - Descrição de eventuais impedimentos para a realização da conduta fonoaudiológica; -Registro dos contatos com outros profissionais envolvidos no caso de condutas adotadas em conjunto; - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta,suspensão, abandono ou óbito.
Médico	**Admissão** *Cabe ao médico abrir e desenvolver o PTS para os pacientes sobre seus cuidados, alinhando sempre as condutas com a equipe multiprofissional e registrando em prontuário no sistema MV; 1. Anamnese: neste item devem constar a queixa principal do paciente, a história da doença atual e a duração do quadro, antecedentes pessoais e familiares, história de alergias, hábitos e história social; 2. Exame Físico: orienta-se fazer exame físico geral e específico, com aferição dos sinais vitais e dados antropométricos; 3. Diagnósticos (principal e secundários): anotar possíveis diagnósticos etiológicos/ou sindrômicos e inserir a CID; 4. Conduta: registrar a solicitação de exames complementares e de pareceres, além da conduta terapêutica inicial. 5. Comunicação realizada ao paciente/familiar sobre sua admissão, diagnóstico prognóstico (se possível) . Solicitação de exames complementares e pareceres de especialistas 1. Preencher formulário padronizado em prontuário eletrônico. 2. Colocar a justificativa da solicitação do exame complementar de diagnóstico formulário. 3. Realizar a solicitação do parecer de especialista e interconsulta multiprofissional em formulário padronizado no sistema, colocando o resumo da história clínica do paciente e a justificativa da solicitação. 4. Colocar as solicitações assim como os laudos/pareceres impressos anexados no prontuário do paciente . **Prescrição:** A prescrição é organizada no prontuário eletrônico, de forma padronizada. Deve ser elaborada e assinada pelo médico. Na prescrição devem ser registradas as medidas necessárias ao tratamento do paciente, com cuidados gerais, dieta, hidratação, medicamentos e a necessidade de acompanhamento multiprofissional. **Evolução:** A evolução deverá ser sempre que houver a necessidade de algum registro significativo devido à mudança no quadro clínico do paciente ou conduta a ser adotada. Ao final da evolução, devem ficar claras a impressão diagnóstica, as razões pelas quais foram definidas as condutas diagnósticas/ou terapêuticas, assim como o planejamento do seguimento do atendimento. Em casos de intercorrências, os registros completos e objetivos são fundamentais para a adequada avaliação e para definição de conduta, além de

	possibilitar atendimento mais rápido. **Procedimentos:** Quaisquer procedimentos, sejam eles para fins diagnósticos ou terapêuticos, tais como: procedimentos cirúrgicos, procedimentos anestésicos dentre outros realizados, devem ser registrados em evolução ou em formulário padronizado do serviço específico. Preencher completamente o formulário, no sistema MV. **Transferência para unidade de maior complexidade:** Preencher formulário padronizado no prontuário eletrônico. Registrar Resumo da história clínica e do exame físico, relato sumário de procedimentos realizados, resultados de exames complementares, além de diagnósticos/hipóteses diagnósticas e registrar também o repasse da comunicação sobre a transferência para o paciente ou familiar. Colocar o formulário impresso e assinado no prontuário do paciente. **Alta compartilhada/compartilhamento do cuidado e esclarecida:** Preencher formulário de PLANO DE ALTA/ COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO padronizado, via sistema informatizado. Devendo constar condições clínicas do paciente no momento da alta, diagnósticos/impressão diagnóstica, principais exames e tratamentos realizados. Ao final do relatório, deve ser anotada a programação subsequente, incluindo agendamentos de consultas ambulatoriais e/ou exames e encaminhamentos para outros profissionais ou serviços, quando necessário. O PLANO DE ALTA/COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO deverá ser impresso em duas vias, o médico deverá assinar as duas vias, uma será anexada no prontuário eletrônico, como registro da alta compartilhada e esclarecida e a outra via será entregue ao paciente.
Nutricionista	Admissão Deve conter data e hora, identificação do paciente, resultado da triagem nutricional, dados de avaliação antropométrica e clínica, diagnóstico nutricional, dieta prescrita e conduta dietoterápica, via e frequência de administração da dieta, assim como alergias e/ou intolerâncias alimentares, hábito intestinal e meta calórico/proteica. Entregar orientações nutricionais ao paciente e solicitar exames necessários para traçar o plano nutricional individualizado do paciente. Acompanhamento Elaborar, entregar o plano alimentar e acompanhar a adesão do paciente. Descrever eventuais intercorrências clínicas e gastrointestinais, dados de reavaliação antropométrica e clínica, dieta prescrita e aceitação, conduta dietoterápica ementa calórico/proteica. Alta compartilhada Deve constar data e hora, identificação do paciente, desfecho nutricional, assim como registro de entrega de orientação e/ou parecer nutricional ao paciente e/ou acompanhante e para que fim foi realizada. - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta,suspensão, abandono ou óbito.
Psicólogo	As informações registradas no prontuário devem acontecer todas as

	vezes que o atendimento for realizado e enquanto o paciente permanecer na unidade. Os Registros devem conter as seguintes etapas: - Avaliação psicodinâmica; - Planejamento terapêutico; - Avaliação dos resultados; - Replanejamento (se necessário). Registro em prontuário: a. Conteúdo básico da evolução: como encontrou o paciente, o que trabalhou, como ficou o paciente; b. O que observar: o primeiro registro deve conter um breve histórico fatos relevantes do ponto de vista psicológico e o estabelecimento de uma conduta. Deve-se selecionar os aspectos emocionais do paciente necessários ao conhecimento da equipe, visando à terapêutica especializada. Solicitar avaliações (interconsulta clínica, neurológica, psiquiátrica). Fazer observações pertinentes. - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta,suspensão, abandono ou óbito.

Da definição de prontuário: "Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada"- Resolução nº 1638/2002 .

Orientamos que as siglas e abreviaturas devem ser evitadas no registro de informações dos prontuários e não devem ser utilizadas no preenchimento das Declarações de Óbitos.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002.

BROCA, P.V. FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Escola Anna Nery. Rev. Enfermagem, v.19, n.3, jul-set, 2015.

CAVALCANTI, D.R. Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê? PanAmerican Family Medicine Clinics 2005.

NOGUEIRA, W.S.J.; RODRIGUES, C. S.M. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente. Rev Cogitare Enferm. Brasília. 20(3):636-640, jul/set 2015.

OLIVEIRA, R.M.A. RHAQUEL, ET AL. Protocolo clínico para comunicação efetiva para a segurança do paciente. Revisão n°2,pág 1/24, Fortaleza, 2019.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão da Qualidade</td></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td colspan="2">Procedimento Operacional Padrão</td><td>Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Transição do Cuidado</td><td>Data de emissão: 02/01/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 02/01/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">Elaboração/Revisão</td></tr>
<tr><td colspan="3">Gestor do Cuidado
Clínico Geral
Gerência de Enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="3">Análise</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Aprovação</td></tr>
</table>

	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.13.1.5 Proposta para Implantação de Protocolo para Higiene das Mãos

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os procedimentos relacionados à higiene das mãos, tendo em vista a redução da infecção cruzada e da disseminação de microrganismos multirresistentes nas unidades.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

A forma mais comum de transmissão de patógenos no ambiente hospitalar é através das mãos, e os microrganismos presentes na pele podem ser classificados como pertencentes à flora transitória ou flora residente.

Flora Transitória

- Encontra-se na superfície junto às gorduras e sujidades, é adquirida por contato direto com o meio ambiente, fômites ou outros pacientes.
- Formada por *Staphylococcus* sp. e microrganismos Gram negativos, frequentemente associados a infecções hospitalares.
- Facilmente removida pela higienização simples ou antissepsia da pele.

Flora Residente

- Microrganismos ficam aderidos em camadas mais profundas da pele, junto à glândulas sebáceas e folículos pilosos.
- Mais difícil de ser removida sendo necessários o uso de técnica de degermação cirúrgica e agentes antissépticos adequados.
- Raramente associada a infecções, por ser de baixa virulência, no entanto associada a infecções em grandes queimados, imunocomprometidos e inserção de próteses.

3.1 Definição de termos

- **Agente antisséptico:** substância antimicrobiana que é aplicada sobre a pele para reduzir a carga microbiana. Exemplos incluem álcool, clorexidine, iodo e triclosan.
- **Antissepsia das mãos:** lavagem ou fricção das mãos com antisséptico.
- **Solução alcoólica para fricção das mãos:** preparação contendo álcool, designado para aplicação nas mãos para redução do número de microrganismos viáveis. Estas preparações usualmente contêm 60 a 90% de etanol ou isopropanol e agente emoliente.
- **Detergente:** compostos tensoativos que possuem ação de limpeza, também são chamados genericamente de "sabões"**.**
- **Higiene ou higienização das mãos**: termo genérico que se aplica tanto à lavagem, simples das mãos, lavagem das mãos com antisséptico, fricção das mãos com antisséptico ou antissepsia cirúrgica das mãos.
- **Lavagem das mãos:** aplicação de água e detergente (que não contém agente antisséptico), com o objetivo primário de remover sujidades.
- **Lavagem das mãos com antisséptico:** aplicação de água e sabão ou detergentes contendo um agente antisséptico, em geral realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos (passagem de cateter venoso central, sonda vesical, etc).

3.2 Indicações para higiene das mãos

- Antes e depois do contato com paciente com pele íntegra ou não íntegra.
- Antes e após contato com superfícies ambientais próximas ao paciente.
- Depois de remover as luvas.
- Após contato com material orgânico.
- Antes de qualquer procedimento, ou entre procedimentos em topografias diferentes no mesmo paciente.
- Antes e depois de efetuar atividades corriqueiras (assoar o nariz, ir ao banheiro, alimentar-se, etc).

3.3 Fricção das mãos com antisséptico (álcool gel)

- É a aplicação de um antisséptico, com a finalidade de reduzir a carga microbiana.
- Pode-se utilizar álcool gel em substituição a lavagem das mãos com água e sabão sempre que não houver sujidade grosseira ou matéria orgânica.
- Coloque o produto na palma de uma das mãos.
- Friccione até secar, toda a superfície das mãos atentando para o entre dígitos e dorso das mãos.

- Após a terceira ou quarta aplicação do álcool gel as mãos devem ser lavadas com água e sabão.

3.4 Lavagem das mãos com água e sabão

- É o emprego de água e um agente tensoativo com a finalidade de remover sujidades.
- É recomendada em todas as áreas da Policlíncia onde não houver indicação para o uso de antissépticos.
- Molhar as mãos.
- Aplique o sabão na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 15 segundos. (importante friccionar o dorso das mãos e entre dígitos).
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com ela.
- Seque as mãos com papel toalha.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

> **Nota:** A transmissão de microrganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.5 Lavagem das mãos com antisséptico (clorexidine degermante)

É o emprego de água, um agente tensoativo associado a um antisséptico com a finalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana das mãos.

Está recomendado em áreas críticas:

- Molhar as mãos.
- Aplique o antisséptico na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 60 segundos (importante friccionar o dorso das mãos e entre dígitos)
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com ela.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

> **Nota:** A transmissão de microrganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.6 Degermação cirúrgica das mãos com antisséptico

- É a aplicação de água, tensoativo e antisséptico com a finalidade de remover sujidade, reduzir a carga microbiana e manter efeito residual.
- Está indicada antes de procedimentos cirúrgicos e/ou procedimentos invasivos.
- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Realizar a degermação das mãos com PVPI ou Clorexidine degermante por 3 a 5 minutos.
- Realizar escovação das unhas e leito ungueal.
- Manter os antebraços fletidos e afastados do corpo para que a água escorra das mãos para os antebraços.
- Utilizar compressas estéreis para secar as mãos.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão da Qualidade</td></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td>Procedimento Operacional Padrão</td><td colspan="2">Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Higiene das Mãos</td><td>Data de emissão: 02/01/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 02/01/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

Elaboração/Revisão
Enfermeiro CCIRAS Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem

Análise		
	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.13.1.6 Proposta para Implantação de Protocolo para Cirurgia Segura e/ou Procedimentos Invasivos

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar as recomendações da Organização Mundial da Saúde para Cirurgia Segura e procedimentos invasivos, e oferecer as boas práticas de segurança ao paciente.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

Instrumento composto pelo Planejamento de Enfermagem e Quadro *Time-Out* que possuem identificação dos dados do paciente e do procedimento a ser realizado. São utilizados para melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica, para garantir a segurança do cuidado prestado ao paciente, durante o procedimento cirúrgico ou invasivo. A confirmação dos dados é realizada em voz alta, e confirmado pela equipe e paciente. É dividido em 3 etapas.

3.1 Checagem dos dados

3.1.1 Descrição

Procedimento realizado, pela equipe de enfermagem, antes de encaminhar o paciente para a sala cirúrgica.

3.1.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve, na entrada do paciente no Centro Cirúrgico:

- Confirmar o preenchimento do Planejamento de Enfermagem no Formulário 162;
- Confirmar os dados de identificação do paciente, conforme POP de identificação segura;

O enfermeiro deve:

- Checar o preenchimento do Termo de Consentimento de Cirurgia;
- Solicitar a confirmação do procedimento e da lateralidade (se aplicado) com o cirurgião;
- Solicitar a avaliação anestésica;
- Preencher o quadro de *Time Out* da sala operatória.

3.2 *Time Out*

3.2.1 Descrição

Procedimento realizado, em voz alta, pela equipe de enfermagem, e confirmado, também em voz alta pela equipe cirúrgica e anestesista.

3.2.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve:

- Identificar a equipe cirúrgica (apresentação);
- Confirmar identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento cirúrgico;
- Verificar alergias;
- Confirmar a administração e hora do antibiótico profilático;
- Verificar a presença de equipamentos e materiais necessários;
- Confirmar a esterilidade dos instrumentos e materiais pelos indicadores.

Nota: O Enfermeiro deve autorizar o início da cirurgia, após a realização do *Time Out.*

3.3 Finalização e confirmação do procedimento realizado

3.2.1 Descrição

Procedimento realizado pela equipe de enfermagem, antes da saída do paciente da sala.

3.2.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve:

- Confirmar o procedimento realizado;
- Contar instrumentais, agulhas
- Anotar e documentar se realizado radioscopia
- Contar as compressas e/ou turundas utilizadas;
- Confirmar exame anatomopatológico: identificação correta da(s) peça(s) e nome do paciente;

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão da Qualidade</td></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td>Procedimento Operacional Padrão</td><td colspan="2">Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Cirurgia Segura e Procedimentos Invasivos</td><td>Data de emissão: 02/01/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 02/01/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

Elaboração/Revisão
Enfermeiro CCIRAS Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem
Análise

	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

Anexo 1 – Lista de Verificação – Cirurgia Segura

LISTA DE VERIFICAÇÃO - CIRURGIA SEGURA

Paciente:	Registro:	Data:
Antes da indução anestésica	**Antes do parto / Insição Cirurgica**	**Antes do Paciente sair da Sala de Operações**
Identificação - Hora h	**Confirmação - Hora h**	**Registro - Hora h**
Paciente confirmou a identidade ☐ Pulseira de Identificação presente ☐	Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções ☐	Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado
Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?	Cirugião, Anestesista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:	☐ Sim ☐ Não
☐ Sim. Qual? ☐ Não. Motivo	☐ Identificação do paciente ☐ Procedimento	Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados
Sítio Cirurgico Demarcado?	☐ Sítio Operatório	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
☐ Sim ☐ Não	Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas	Registro Completo de Enfermagem
Presença de Prontuário Completo?	ou inesperadas:	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
☐ Sim ☐ Não	☐ Inexistente ☐ Sim. Qual?	Venóclise e Soro Identificado
Consentimento Assinado?		☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
☐ Sim ☐ Não. Motivo	Duração prevista da cirurgia _____	Sonda Vesical fixada?
	Previsão de Perda Sanguínea	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
Presença de Avaliação Pré Anestésica?	☐ Sim ☐ Não	A contagem de compressas está correta
☐ Sim ☐ Não. Motivo		☐ Sim ☐ Não
	Revisão do Anestesista, quanto a alguma	A contagem de instrumental está correta
Carro de Anestesia completo testado e funcionante?	preocupação específica em relação ao paciente	☐ Sim ☐ Não
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não. Motivo	Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?
Monitorização instalada e funcionante?	As imagens essenciais estão disponíveis?	☐ Não ☐ Sim. Qual?
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Alergias conhecida?	Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais	Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica
☐ Não ☐ Sim. Qual?	necessários:	☐ Com lesão ☐ Sem lesão ☐ Não se aplica
	☐ Instrumental necessário presente	Qual lesão? _____
Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?	☐ Materiais especiais (próteses, órteses)	Identificação da amostra para anatomia patológica
	☐ Todos dentro do prazo de esterelização	adequada?
☐ Não	☐ Presença de Indicadores de esterilização	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
☐ Sim. Equipamento / Assistência Disponível	☐ Os equipamentos necessários presentes	
	☐ Alguma preocupação com equipamentos:	Observações
Risco de Perca Sanguínea > 500ml (07ml/hg em crianças)?	☐ Não ☐ Sim. Qual?	
☐ Não	A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?	
☐ Sim e acesso venoso adequado	☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	
Se sim, há reserva de hemocomponentes?		
☐ Sim ☐ Não ☐ Solicitado		
Presença de Próteses (dentária e outras)		
☐ Sim ☐ Não		
Observações	Observações	Observações
Cirurgião:	Anestesista:	Responsável pelo preenchimento
CRM:	CRM:	Registro
Auxiliar de cirurgia 1	Enfermeira	Assinatura
Auxiliar de cirurgia 2	Instrumentador	
Auxiliar de cirurgia 3	Circulante	

4.1.14 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT

A Policlínica contemplará o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos servidores/trabalhadores.

O SESMT está estabelecido no Art. 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora NR nº 4 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. Também manterá a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA.

Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades da unidade e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender a Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora nº 32 e Norma Regulamentadora nº 5.

Finalidades:

• Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT da Unidade.

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

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

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

• Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

• Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.

• Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.

• Requerer ao SESMT, ou a direção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a paralisação de máquinas ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores.

• Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PGR e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

• Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.

• Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.

• Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.

• Verificar as cópias das CAT emitidas.

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

• Participar, anualmente, em conjunto com a Unidade das Campanhas de Prevenção.

• Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.

• Promover campanhas humanitárias e educativas.

A constituição da CIPA, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

A unidade estabelecerá, por meio dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da Comissão do SESMT propomos o seguinte regimento:

Proposta de Regimento da Comissão do Serviço de Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste regimento interno objetivam a padronização de critério importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecendo condições mínimas de composição.

CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES

Art. 2º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de trabalho, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, conforme NR 4.

Art. 3º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Gerência Técnica e Gerência Geral da unidade.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

I. Representante da Gerência Geral;
II. Representante da Gerência Técnica;
III. Representante da Coordenação Administrativa;
IV. Engenheiro de Segurança do Trabalho;
V. Médico do Trabalho;
VI. Enfermeiro do Trabalho;
VII. Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;
VIII. Técnico de Segurança do Trabalho.

Parágrafo único. Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA

Art. 5º É de competência do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e

segurança do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais e através destas:

I. Aplicar os conhecimentos do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir e até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;

II. Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR 6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija.

III. colaborar quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da unidade.

IV. Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quando ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis as atividades executadas na unidade ou de seus estabelecimentos;

V. Manter permanentemente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;

VI. Promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Art. 6º Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho será alocado na unidade, com infraestrutura básica para seu funcionamento;

Art. 8º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 9º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Art. 10. As decisões consideradas resoluções serão submetidas à Gerência Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 11. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Gerência Geral.

Art. 12. Todos os membros serão nomeados pelo Diretor Geral, sendo que os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

Art. 13. As decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 14. Poderão ser convidados outros profissionais especialistas para participar das reuniões e das ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15. As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias da unidade contendo a data e hora da reunião, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata de reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 17. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas durante um ano.

Art. 18. Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos.

CAPÍTULO VI
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19. São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedência das reuniões ordinárias;
II. Presidir as reuniões;
III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Diretoria da instituição, ou indicar seus representantes;
IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta.
V. Coordenar a elaboração do Programa de Gestão de Riscos - PGR da instituição

adequando-os às formas de lei específica.

VI. Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

VII. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Gestão de Riscos - PGR.

VIII. Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho da unidade;

IX. Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de seu voto, terá o voto de qualidade (voto minerva).

Art. 20. Ao vice-presidente do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões coordenando os debates;

II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho da unidade;

Art. 21. São atribuições do Presidente e vice-presidente, em conjunto:

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

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

III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Art. 22. São atribuições da Secretaria do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho;

V. Solicitar aos demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 23. São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico- científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III. Ser um agente ativo no que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual representa e em toda a unidade;

IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregue ao secretário do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho em conjunto com a Gerência Geral.

Art. 25. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Gerência Geral, ou por mudança no ordenamento jurídico pertinente, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 26. Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinaturas.

Cronograma Anual da Comissão do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Comissão do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Reunião mensal da Comissão	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Constituição da Brigada de Incêndio	Equipe				X								
Verificação das barreiras contra incêndio	Equipe					X							
Elaboração do PCMSO e PGR	Equipe				X	X	X						
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.15 Outras Comissões

4.1.15.1 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação/especialização lato sensu, destinada às diversas categorias profissionais, tais como: enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos; e caracteriza-se por ensino em serviço, sob orientação de profissionais qualificados em consonância com a Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005 e portarias emitidas, posteriormente, sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da COREMU propomos o seguinte regimento:

Proposta de Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional

CAPÍTULO I
DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial constitui- se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o Artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

§1º. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde, de acordo com o § 1º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

§2º. Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial poderão ser constituídos pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, de acordo com o § 2º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial têm como objetivos fundamentais: aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Art. 3º Compete à Comissão de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial- COREMU, o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, bem como deliberar sobre os eixos temáticos a serem oferecidos anualmente, de acordo com o Artigo 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45/12/01/2007.

Art. 4º Cada Área Profissional indicará um Supervisor, Tutor (es) e Preceptor(es) para cada Eixo Temático que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial.

Parágrafo único. Por peculiaridades de cada Área Profissional envolvida nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, as diferentes funções poderão ser desempenhadas por um mesmo profissional.

Art. 5º As propostas de introdução de novos eixos temáticos, ampliação ou modificação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial deverá ser encaminhada à COREMU que após análise e deliberação, às apresentarão à Direção Geral para aprovação.

CAPÍTULO III
DAS OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Art. 6º Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno da Unidade.

Parágrafo único. Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Art. 7º Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo Artigo 16,§ 1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

§1º. O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela COREMU.

§2º. O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do Artigo 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art. 8º. O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Art. 9º. Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional.

Art. 10. Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

I. Núpcias: oito dias consecutivos;
II. Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
III. Nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.

Parágrafo único. À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESu/MEC 76/2009).

Art. 11. Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

CAPÍTULO IV
DA COORDENAÇÃO

Art. 12. A COREMU é o órgão competente para manter os entendimentos coma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Art. 13. A COREMU será constituída por:

I. Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial;
II. Um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;
III. Um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;
IV. Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;
V. Um Representante de Preceptores que atuam no Programa;
VI. Um Representante dos Residentes;
VII. Um Representante do Gestor local.

§1º. Os Representantes das alíneas "I", "II", "III", "IV", "V" e "VI" deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

§2º. O Representante da alínea "VII" será indicado pela Direção Geral.

§3º. Poderão compor ainda a COREMU outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.

§4º. O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos.

§5º. A Comissão será renovada a cada três anos.

§6º. Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

§7º. Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à COREMU.

§8º. As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a COREMU antes do início da reunião.

§9º. Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial poderão constituir uma Subcomissão local de Residência, presidida pelo seu representante na COREMU e constituída pelos Supervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Art. 14. O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

Art. 15º. A COREMU reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único. A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário preestabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

Art. 16. As decisões serão tomadas em reunião da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo único. Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida aprovada na reunião seguinte.

Art. 17. É da competência da COREMU:

I. fazer cumprir este Regulamento;

II. zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial;

III. rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à

legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o Artigo 5º;

IV. solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;

V. coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial;

VI. envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial.

Art. 18. Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá:

I. Apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;

II. Apresentar currículo vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;

III. Se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;

IV. Submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

§1º. A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os dois primeiros meses do ano letivo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

§2º. Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

CAPÍTULO V
DA ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Art. 19. O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial deverá:

I. Ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente à sua área profissional;

II. Apresentar diploma profissional devidamente registrado.

Art. 20. Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo

Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Art. 21. O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Art. 22. O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de currículo.

Parágrafo único. A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela COREMU.

Art.23. A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

§1º. Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital.

§2º. Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

§3º. Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

CAPÍTULO VI
DA AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 24. Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial os critérios de avaliação e aprovação.

Art. 25. Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Art. 26. Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Art. 27. Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único. A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a COREMU para avaliação e aprovação.

Art. 28. Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial, a COREMU, mediante lista de aprovação de cada um dos programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pela Unidade.

Art. 29. Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial constituíra uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação.

Art. 30. Esta estrutura obedecerá à seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

§1º. A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

§2º. A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser no mínimo especialista na área.

§3º. A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

§4º. em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptoria profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a COREMU com a devida justificativa para aprovação.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 31. É de responsabilidade do Representante da área profissional:

I. Representar a área profissional junto aos COREMU;
II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;
III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área
IV. profissional;
V. Coordenar as atividades de seus supervisores;
VI. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
VII. Encaminhar a COREMU todos os problemas que intervir na boa execução do Programa.

Parágrafo único. Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à COREMU, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Art. 32. O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade;
II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo específico;
III. Elaborar o cronograma anual de atividades práticas para os R1 e R2;
IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso;
V. Aplicar aos residentes as sanções disciplinares previstas pela COREMU;
VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário;
VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Ambulatorial;
VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;
IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional,

relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Art. 33. O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;
II. Estimular a aplicação da teoria na prática;
III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;
IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;
V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e
VI. residentes;
VII. Atuar na revisão da prática profissional.

Art. 34. O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes, cabendo a ele:

I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;
II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;
III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;
IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;
V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Art. 36. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COREMU													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Constituição da Comissão	Equipe			X									
Reunião com preceptores	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.15.2 Comissão de Residência Médica (COREME)

A Comissão é caracterizada por treinamento em serviço; mediante cumprimento de programa e de serviço pré-determinado, com duração definida e em regime de tempo integral, segundo normas do Ministério da Educação e Cultura, doravante denominado MEC, da Comissão Nacional de Residência Médica, doravante denominada CNRM e da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, doravante denominada SESG-GO, sob a orientação das Coordenações dos Programas.

Para organizar, dirigir e orientar a Residência Médica, bem como supervisionar os estágios na área médica, será implantada a Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME - é o órgão competente para manter os entendimentos com a SESG - GO e CNRM.

A COREME é um órgão colegiado constituído por:

1. Coordenador da COREME e suplente
2. Diretor Técnico
3. Coordenadores e Suplentes dos Programas de Residência Médica credenciados
4. Um representante dos médicos residentes para cada programa de Residência Médica credenciado
5. Presidente
6. Diretor Científico

O Coordenador da COREME é autoridade superior em matéria administrativa da COREME, respondendo pelos assuntos que a ela dizem respeito.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno.

Para a organização da COREME propomos o seguinte regimento:

Regimento da Comissão de Residência Médica - COREME

CAPÍTULO I
DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós- graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

Parágrafo único. O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei nº 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Art. 2º Os programas da Comissão de Residência Médica da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis obedecem rigorosamente à Lei nº 6.932, de julho de 1981 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretária de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS

Art. 3º Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.

Art. 4º Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas, conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencial demandado pelos usuários do SUS.

Art. 5º Desenvolver atividades teórico–complementares: sessões anátomo clínicas, discussão de Artigos científicos, sessões clínica-radiológica, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.

CAPÍTULO III
DA COORDENAÇÃO

Art. 6º A residência da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por:

Coordenador, Vice Coordenador, Secretário, um representante da unidade e Representantes dos Residentes

§1º. A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;

§2º. A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 dois) anos.

§3º. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato.

§4º. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME.

§5º. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME.

§6º. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral e pela Coordenação da COREME.

§7º. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano.

§8º. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV
DOS PROGRAMAS

Art. 7º A COREME oferece vagas nos programas de residências disponíveis na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis .

Art. 8º As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Art. 9º Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03(três) residentes, conforme normas da CNRM.

Art. 10. Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica, a COREME deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Art. 11. O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Art. 12. A duração dos programas nas especialidades deve obedecer às normas estabelecidas pela CNRM.

Art. 13. Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;
IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
VI. O reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizado através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Art. 14. Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I - Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:

a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;

b. programas de Residência Médica;
c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
e. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
f. acervo da biblioteca e/ou convênios;
g. proposta de Regimento Interno;
h. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM;
i. proposta de convênio com Escola Médica.

CAPÍTULO V
DA MANUTENÇÃO

Art. 15. O Programa de Residência Médica será mantido por dotação Orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, doações e verbas diversas.

§1º. A remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES/GO, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI
DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete a Comissão de Residência Médica/COREME:

I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas; especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;

IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 17. São atribuições do Coordenador:

I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
II. presidir as reuniões da COREME;
III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral;
XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e, naquela em que eles estejam complementando suas atividades;
XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES/GO; e

XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Art. 18. São atribuições do Vice-Coordenador:

I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;

II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;

III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;

IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 19. São atribuições do Secretário da COREME:

I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;

II. redigir as atas das reuniões;

III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;

IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;

V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;

VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;

VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 20. São atribuições do Supervisor:

I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;

II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminhá-las até o 25º dia de cada mês;

III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;

IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

IX. controlar a frequência dos médicos residentes;

X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;

XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;

XII. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;

XIII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;

XIV. cumprir e fazer cumprir este regimento

Art. 21. São atribuições do Preceptor:

I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;

II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

VII. controlar a frequência dos médicos residentes;

VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;

IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13º § 1º);

X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;

XI. realizar outras atividades compatíveis com a função;

XII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 22. São atribuições dos Médicos Residentes:

I. eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;

II. eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica - Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;

III. cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;

IV. defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;

V. participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;

VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII
DO PROCESSO SELETIVO

Art. 23. O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da SES/GO e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Art. 24. A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/GO, e este Regimento.

Art. 25. Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduados em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

§1º. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Art. 26. O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado no site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Art. 27. O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso graduação em Medicina e o ano de conclusão;

II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);

III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;

IV. duas fotos 3X4, recentes;

V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;

VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade, CPF e CRM;

VII. opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Art. 28. Para o preenchimento das vagas serão considerados:

I. número de vagas oferecidas pela especialidade;

II. opção prévia;

II. caráter classificatório.

Art. 29. O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas, nos seguintes itens:

I. disponibilidade financeira;

II. capacidade didática;

III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Art. 30. A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;

II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC.

Art. 31. A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de especialidades oferecidas na unidade e procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades disponibilizadas.

Art. 32. Da prova de seleção:

I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;

II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas especialidades definidas, na mesma proporção de questões;

III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);

IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:

a. melhor currículo escolar;

b. maior número de questões corretas na especialidade;

c. maior idade.

CAPÍTULO IX
DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 33. Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Art. 34. Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

l. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:

a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;

b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X
DA ADMISSÃO

Art. 35. Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Art. 36. Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Art. 37. Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Art. 38. Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Art. 39. Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade, em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Art. 40. Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI
DAS TRANSFERÊNCIAS

Art. 41. A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância da SESG.

Art. 42. É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Art. 43. Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;

II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;

III. o certificado será expedido pela instituição de destino.

Parágrafo Único. Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII
DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 44. Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Art. 45. Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Art. 46. A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano.

Art. 47. A eleição referida no Artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM nº 02, de julho de 2005, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Art. 48. Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Art. 49. Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 50. Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos).

Art. 51. Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 52. A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII
DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 53. A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta)horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

I. Cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM;

II. O cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos da Lei – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Goiás e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Art. 54. Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Art. 55. O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações da unidade, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Art. 56. Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos), manter os cabelos presos e não usar adornos.

Art. 57. Conhecer e cumprir as normas e rotinas da unidade, do COREME e das Instituições conveniadas.

Art. 58. Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Art. 59. O Médico Residente, ao ausentar-se da unidade para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Art. 60. Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas, devidamente preenchidas e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Art. 61. Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Art. 62. É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia, o direito de opção.

Art. 63. No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Art. 64. Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Art. 65. No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste Artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Art. 66. Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV
DAS PENALIDADES

Art. 67. O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar da unidade. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

I. As penalidades disciplinares serão de:
II. Advertência verbal;
III. Advertência por escrito;
IV. Suspensão;
V. Eliminação.
VI. A Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.
VII. Na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste Artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.
VIII. Se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.
IX. Havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.
X. As denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.
XI. A falta considerada grave será aplicada à suspensão ou eliminação do Residente.

CAPÍTULO XV
DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 68. No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Art. 69. As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Art. 70. Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI
DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 71. A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Art. 72. A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Art. 73. A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Art. 74. Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que concluirão o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Art. 75. Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Art. 76. O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

CAPÍTULO XVII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 77. O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Art. 78. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COREME													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Constituição da Comissão	Equipe			X									
Reunião com preceptores	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.15.3 Comissão de Documentação Médica e Estatística

A proposta para implantação da presente comissão está descrita na íntegra, no item 3.1.2.1 Comissão de Documentação Médica e Estatística, Volume 1.

4.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social

Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da unidade, no Acolhimento e Atendimento.

4.2.1 Acolhimento

Segundo o documento-base para gestores sobre a política de humanização do SUS (Brasil, 2008), o acolhimento seria um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento como dispositivo teria potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo ou até mesmo – o que ainda é frequente em muitas unidades de saúde – a recepção na porta da unidade, feita por um guarda de segurança ou um porteiro, às vezes com atribuição de impedir ou facilitar a entrada dos usuários.

O acolhimento dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e o usuário torna-se objeto da responsabilidade de um

profissional de saúde. O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um "setor", ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento.

O acolhimento é um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

O acolhimento pode significar uma mudança na forma de acesso por hora de chegada do usuário (filas que se formam à noite) e formação de filas por uma outra que privilegie riscos (agravos presentes, gravidade do caso, forma pela qual o usuário percebe e vive estar doente, entre outros pontos) e vulnerabilidade (idade, local de moradia, acesso a redes sociais, entre outros pontos) identificados; pode significar novos compromissos na organização do cuidado, com o estabelecimento de uma equipe multidisciplinar que cuida de um indivíduo com demandas de diferentes tecnologias e saberes, e não apenas de um profissional que trata de uma doença.

Implantar o acolhimento implica o estabelecimento de alguns pontos:

(1) conhecer o perfil da clientela, quantidade de atendimentos diários e os horários de pico do atendimento;

(2) definição de fluxos para o paciente, protocolos de atendimento e classificação de risco e/ou estratificação de risco;

(3) qualificação das equipes (recepção, enfermagem e segurança e, dependendo do porte da unidade, um orientador de fluxo); e

(4) adequação das áreas de atendimento, seja para o acolhimento; classificação de risco e/ou estratificação de risco, seja nas áreas de Ambulatório, pronto-atendimento e de emergência.

O acolhimento é um momento de estabelecimento de vínculos, confiança e um local privilegiado para a construção de responsabilização para com o usuário, não apenas do profissional ou da equipe cuidadora, mas da unidade como um todo. No entanto, a força deste dispositivo repousa na implementação de outros, como a classificação de riscos, a existência de equipes de referência e de equipes matriciais, compromissos estabelecidos nas unidades (redes internas) e pelas e entre as unidades de saúde (redes externas).

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário. A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento,

estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde esperava consolidar suas diretrizes específicas como: o acolhimento, a gestão democrática, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Buscando assim diminuir filas e tempo de espera, um atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do modelo de atenção com responsabilização e vínculo, visando garantir eficácia tanto em relação ao usuário quanto ao trabalhador da área.

Nesse contexto de humanização, a capacitação profissional pode ser avaliada como um processo organizado de educação, ao qual as pessoas enriquecem seus conhecimentos, amplia suas capacidades e melhoram suas aptidões no desenvolvimento profissional.

Sendo as estratégias traçadas para alcançar uma assistência humanizada no primeiro atendimento feito pela recepção, é de grande êxito e com melhora significativa para pacientes que ali chegam para ser atendido, fazendo com que os mesmos se sintam acolhidos com singelos gestos de atenção no primeiro atendimento.

4.2.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica

Quando a pessoa procura uma unidade de saúde, o faz obviamente por necessitar de cuidados. Nesse sentido, a atenção e a orientação são fundamentais por parte da equipe, que deve sempre ter em mente humanizar a sua relação com o paciente de modo a lhe passar segurança, confiança e sensação de acolhida. Não só A ele, mas também aos seus familiares, na maior parte das vezes, tão fragilizados e inseguros quanto o próprio paciente.

O local onde se estabelece o primeiro vínculo na Policlínica é na recepção. Assim, tanto os colaboradores lotados neste local quanto a equipe do "Posso Ajudar", devem estar aptos ao processo de ouvir com atenção e acolhimento, olhar para a pessoa (sempre diretamente), demonstrando interesse no seu relato ou questionamento. É natural que em uma recepção, onde o fluxo de pessoas é alto, a correria da rotina cotidianamente, acabe por fazer com que o profissional seja acelerado e queira resolver tudo. Todavia, é fundamental que o mesmo pare, e se empenhe em estabelecer vínculo com o paciente, passando-lhe sensação de acolhida e

confiança e devido a isso é fundamental a equipe do "Posso Ajudar" esteja atento e presente na recepção.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis disponibiliza diversos serviços especializados, como consultas com diversas especialidades médicas, consultas com equipe multiprofissional, exames e realização de pequenos procedimentos, dentre outros serviços.

Destaca-se que para alguns desses atendimentos, será necessário preparo prévio do paciente, como por exemplo, o jejum e a necessidade de acompanhante, independentemente da idade do paciente. Diante disto, faz-se ser de suma importância um acolhimento de forma correta para que seja realizado um atendimento com agilidade e qualidade.

O usuário, ao chegar na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, será recepcionado e direcionado pela Equipe do Posso Ajudar ao local de retirada de senha e encaminhado ao atendimento a recepcionista, que fará seu cadastro (se for necessário) e será realizada as orientações necessárias.

Em seguida, o paciente será encaminhado para a sala de "Preparo", onde a equipe de Enfermagem irá realizar a verificação dos sinais vitais e serão dadas informações complementares, após o paciente será direcionado ao atendimento agendado.

Na recepção estarão disponíveis informações importantes, como: nome do responsável pela unidade e **canais de acesso à ouvidoria.**

Os pacientes, cuja condição está prevista em legislação, terá direito a um acompanhante. Outras situações serão acompanhadas pela Coordenação Assistencial.

A seguir, apresentamos as atribuições dos profissionais responsáveis pelo acolhimento ao paciente.

Atribuições e atividades do Profissional da Recepção no Acolhimento

- Acolher todos os usuários que procuram a recepção, orientando-os e direcionando-os para o seu atendimento;
- Escutar ativamente o que o usuário tem a dizer e verificar a necessidade de solicitar apoio psicossocial ou encaminhar para a equipe de enfermagem, **independentemente** de sua consulta agendada;
- Verificar se usuário e/ou acompanhante possuem necessidade especial e solicitar apoio da equipe multiprofissional para condução da situação;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos realizados;
- Encaminhar o paciente para a área de espera;

- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de turno de trabalho regularmente, não é permitido abandonar o setor sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional de todos os setores, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

Considerando que a recepção tem como função desenvolver atividades de acolhida e direcionamento do usuário conforme sua demanda, as características de atendimento operacional variam conforme o tipo de Serviço, sendo que é essencial que sejam organizados os processos e fluxos de:

- Chegada do usuário ao Serviço – profissional orientador da demanda (Equipe do Posso Ajudar)
- Realização do agendamento de consultas/exames/grupos, primeira vez ou retorno, em Sistema de Agendamento preconizado pela SES-GO conforme Agenda Regulada (Equipe do NIA);
- Realização do atendimento presencial no Sistema;
- Levantamento de prontuários e/ou abertura de Ficha de Atendimento;
- Direcionamento de Fichas de Atendimento ou prontuários conforme fluxo estabelecido na Unidade.

Atribuições e atividades do Setor de Preparo e Acolhimento - Equipe de Enfermagem

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar a queixa, os medos e expectativas;
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser avaliado;
- Aferir sinais vitais e pesar;
- Realizar orientação necessárias;
- Encaminhar o usuário para atendimento;
- Encaminhar/orientar usuário quanto ao local de realização da consulta, exame e/ou medicação, quando for o caso;
- Estar alerta para as necessidades de reavaliação do paciente enquanto aguarda atendimento;
- Encaminhar usuário para Serviço Social e/ou Psicologia quando for o caso.

Atribuições da Equipe do Posso Ajudar :

Recepção Inicial :

- Realizar o primeiro contato com os pacientes, oferecendo uma recepção acolhedora e prestativa;
- Orientar os pacientes sobre o fluxo de atendimento da Policlínica, explicando as áreas específicas para cada tipo de atendimento (consultas, exames, etc.);
- Verifique se o paciente possui todos os documentos necessários para o atendimento e, se necessário, auxiliar na organização da documentação;
- Encaminhar o paciente para o setor adequado, garantindo que ele compreenda o processo e se sinta confortável durante a espera.

4.2.1.1.1 Orientações Sociais e o Apoio Psicossocial ao usuários e acompanhantes na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Na Policlínica as consultas, exames e pequenos procedimentos são agendados e realizados, porém, também circulam sentimentos e emoções que modificam e mesmo interferem nos cuidados de quem encontra-se em atendimento, bem como sua realidade social. O paciente atravessa uma rotina de vida, que subitamente é interrompida pelo mal-estar inesperado ou pela descoberta de uma condição crônica, onde as consequências são inundadas por medos, fantasias, inseguranças, tristezas, sensação de impotência, ansiedade e tantos outros sentimentos, deflagrando uma condição perturbadora que também afeta, também os familiares.

Um instrumento para garantir e potencializar o atendimento humanizado é o acolhimento psicossocial, sobretudo em situação de um ambiente incógnito, e da natural tensão que envolve uma unidade de saúde, onde existem situações de dor física, de piora clínica, além dos receios e medos quanto à possibilidade de recuperação.

Todas essas sensações exacerbam o medo e a insegurança nos usuários gerando a eles, bem como aos seus familiares e acompanhantes, alterações psicológicas que podem ter como consequências o aparecimento de sinais e sintomas que interfiram no tratamento (no caso do paciente) ou gerem um adoecimento (no caso dos acompanhantes e familiares).

Deve ser proporcionado um tratamento acolhedor e humanizado por parte dos profissionais especializados, sempre que se deparam com situações de tratamentos complexos familiares ou diagnósticos delicados.

Essa situação de maior atenção pela equipe multiprofissional, sobretudo profissionais da psicologia e do serviço social, deve se dar em toda unidade, mas no setor de diagnóstico, bem como na Hemodiálise, essa atenção deve ser ainda maior.

Assim sendo, a BHCL oferecerá o apoio psicossocial aos pacientes em atendimento na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, e que assim demandarem.

As orientações sociais e o apoio psicossocial oferecido aos usuários e acompanhantes na Policlínica são importantes para garantir uma assistência integral e humanizada.

O que consistente esses serviços:

1. Orientação Social

A orientação social tem como objetivo garantir que os usuários e seus acompanhantes conheçam seus direitos e saibam como acessar os serviços de saúde de forma eficiente. Isso inclui:

- Informações sobre os serviços disponíveis: Explicações claras sobre os atendimentos, exames e tratamentos oferecidos na Policlínica.
- Encaminhamentos para outros serviços de saúde e redes de apoio: Quando necessário, os usuários podem ser direcionados para outras unidades de saúde ou serviços especializados, como hospitais, centros de reabilitação ou serviços de assistência social.
- Orientação sobre benefícios sociais: Caso o usuário precise de auxílios como medicamentos gratuitos, transporte para consultas, ou programas sociais, a equipe de assistência social orienta sobre como acessar esses benefícios.

2. Apoio Psicossocial

O apoio psicossocial é uma assistência que visa não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e mental dos usuários e acompanha seusntes. Isso é feito por meio de:

- Atendimento e escuta ativa: Os profissionais de psicologia e assistência social estão disponíveis para ouvir as preocupações dos pacientes e acompanhantes, criando um ambiente de acolhimento e segurança.
- Apoio emocional durante o tratamento: Enfrentar uma doença ou condição de saúde pode ser desafiador, e o apoio psicossocial ajuda os usuários a lidar com o estresse, ansiedade e outros desafios emocionais relacionados ao tratamento.
- Grupos de apoio e palestras: Em alguns casos, são oferecidos grupos de apoio para que os usuários possam compartilhar suas experiências com outras pessoas que enfrentam situações semelhantes. Além disso, palestras sobre temas como saúde mental, autocuidado e gestão emocional podem ser realizadas.

- Suporte aos acompanhantes: Muitas vezes, os acompanhantes também precisam de apoio emocional, especialmente quando estão cuidando de alguém em tratamento de longo prazo. A Policlínica oferece suporte e orientação para que eles saibam como lidar com a situação e cuidar de si mesmos.

Tanto a orientação social quanto o apoio psicossocial visam promover um atendimento mais humanizado, reduzindo o impacto emocional e social causado pela doença. Esses serviços são essenciais para garantir que os usuários e seus familiares se sintam amparados, informados e fortalecidos para enfrentar os desafios do tratamento e do cuidado com a saúde.

Essas ações ajudam a criar uma rede de suporte que vai além do atendimento clínico, cuidando também da saúde mental e social dos pacientes.

4.2.1.1.2 Indicação das formas de notificação

Considerando a Portaria GM/MS n° 204, de 17 de fevereiro de 2016, que trata do imediatismo das Notificações Compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, a indicação das formas de notificação. Busca-se estabelecer que esta etapa de identificação dos casos elegíveis à notificação compulsória ocorra ainda no Acolhimento do paciente na Unidade.

A notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, desencadeia-se o processo informação-decisão-ação. A seleção das doenças/agravos para compor a lista de notificação nacional é estabelecida pelo MS e periodicamente revisada, tanto pela situação epidemiológica da doença/agravo, como pela emergência de novos agentes.

É papel da vigilância epidemiológica fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo, de forma a desencadear intervenções pertinentes com oportunidade e eficácia.

Segundo o MS, as funções da vigilância epidemiológica são:

- coleta de dados;
- processamento dos dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;

- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é o sistema a ser alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, segundo a Portaria GM/MS n° 420, de 02 de março de 2022. Dessa forma, é possível contribuir para a identificação e análise epidemiológica de determinada área geográfica, bem como para o seu planejamento em saúde.

O registro da notificação no SINAN é realizado por meio de 2 (dois) módulos:

1.Individual/Investigação: agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVS;

2.Individual/Conclusão: agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

A Ficha Individual de Notificação - FIN é preenchida pela Unidade para cada paciente, quando da suspeita e/ou confirmação de agravos e doenças de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Ela será utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma.

Tipos de notificação compulsória

Segundo a Portaria GM/MS n° 204, de 17 de fevereiro de 2016, conceituase:

- **Notificação compulsória:** comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal.
- **Notificação compulsória imediata:** notificação compulsória realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;
- **Notificação compulsória semanal:** notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;
- **Notificação compulsória negativa:** comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana

epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

Propõe-se, para o Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, as seguintes normas e rotinas para Notificação Compulsória de Agravos e Doenças:

• No momento do atendimento, o profissional de saúde deverá identificar o caso passível de notificação, sendo estes casos suspeitos (investigação) ou confirmados.

• Ao identificar o caso, o profissional de saúde deverá preencher a aba de notificação compulsória, localizada no prontuário digital do paciente, conforme imagem a seguir:

Fonte: Sistema Soul MV.

• Ficará sob responsabilidade do setor de epidemiologia da Policlínica capacitar todos os profissionais da assistência para o olhar atento aos casos notificaveis e autonomia de notificação.

• Uma vez realizada a notificação pelo colaborador assistencial, a informação irá para um banco de dados da vigilância epidemiológica da Unidade.

• Caberá ao setor de epidemiologia dar seguimento ao caso, realizando o registro da ficha no SINAN e notificando os órgãos competentes.

• Para casos de maior urgência, onde seja percebida situação de risco ou vulnerabilidade social do paciente, caberá ao Assistente Social a articulação com órgãos de proteção social, visando a proteção integral do paciente.

4.2.1.1.3 Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

Políticas de Humanização

O Ministério da Saúde em maio de 2000 regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se constitui em uma política ministerial destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

O objetivo fundamental do PNHAH foi aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre Unidade de Saúde e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados. O programa foi substituído por uma perspectiva transversal, denominada "Humaniza SUS", constituindo como uma política de assistência e não mais um programa específico.

Desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) existe com objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários com vista à qualificação da saúde pública no Brasil.

Segundo do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e métodos de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS.

Na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis a implantação da PNH deve contemplar estratégias com objetivo de:

✓ Ampliar o **diálogo** entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

✓ Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido;

✓ Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

✓ Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

✓ Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;

✓ Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;

✓ Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;

✓ Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;

✓ Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS e/ou à sua rede social.

As ações abaixo relacionadas auxiliarão o enfrentamento dos desafios da humanização no SUS:

1. Implantar estratégias de recepção com **Acolhimento aos usuários**;
2. Implantar o programa "Posso Ajudar"
3. Estabelecer em conjunto com a equipe da Secretaria Estadual de Saúde as linhas de Cuidado prioritárias da Policlínica;
4. Implantar **mecanismo de escuta** para a população e trabalhadores;
5. Implantar o acolhimento na policlínica, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
6. Elaborar protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
7. Implantar grupo de trabalho de humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
8. Garantir a presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica da unidade e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
9. Relacionar rede de atenção a assistência como garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contrarreferência;
10. Readequar espaços físicos seguindo o conceito referencial de ambiência;
11. Implantar Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
12. Formar Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
13. Elaborar plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização;
14. Monitorar e avaliar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Acolhimento como forma de transformar o cuidado pela comunicação

Segundo a PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

De acordo com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, a implantação do Acolhimento na unidade contempla a importância de uma escuta qualificada para atender aos princípios do SUS no contato com os usuários, já que, com a escuta, propor uma solução com segurança é possível, por meio de respostas positivas às necessidades apresentadas. A preocupação deve ser para não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, mas sim, ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe e para que o usuário alcance a resolução de seu problema, devendo estar presente em todas as relações equipes-usuários.

A comunicação entre pares é o que garantirá a resolução da necessidade do usuário, e sendo assim, a Recepção será o primeiro contato com a unidade.

Nesse cenário de humanização e acolhimento, o instrumento essencial é a comunicação.

Para entender a importância da comunicação na área de serviços de saúde, em especial da comunicação como aliada dos processos de humanização, é preciso perceber que a comunicação está ligada a tudo, fortalecendo ou prejudicando o relacionamento que estabelecemos com o mundo, a partir do momento em que abrimos os olhos.

Sendo assim, qualquer indivíduo, desde antes mesmo de seu nascimento, se comunica – se expressa – de alguma forma. E quando nos expressamos, nossa premissa é de que queremos ser ouvidos, ou percebidos.

São inúmeros os provérbios populares nos mostram a importância do ouvir, a importância de nos livrarmos de conceitos pré-concebidos para poder avaliar uma questão a partir de um novo ponto de vista – e que apontam a comunicação como o principal pilar em que se alicerçam os relacionamentos humanos. Vale destacar que há comunicação em tudo, partindo das palavras ditas e escritas, mas avançando para o espectro dos olhares, das posturas, dos gestos, dos movimentos. A partir da definição prévia de que tudo é comunicação, podemos articular um silogismo simples e assumir que, portanto, humanização é comunicação.

Diante de tudo isso, a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, como mencionado anteriormente, estará atenta em treinar e potencializar o desenvolvimento de habilidades de acolhimento e comunicação à sua equipe, de forma a garantir que o colaborador do Posso Ajudar e da recepção consiga entregar, o que dele é esperado. O serviço de recepção e Posso Ajudar terão como papel principal acolher pacientes, familiares e acompanhantes e

indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

- Necessidade de estar atento a situações especiais

Em casos em que o profissional do Posso Ajudar e/ou da recepção se deparar com pacientes, familiares e acompanhantes com necessidades especiais e surja situação em que o profissional não saiba como proceder especificamente, deverá imediatamente se reportar à equipe do Serviço Social e de Enfermagem, de modo a lhe auxiliar na resolução da demanda, mas sobretudo garantir aos usuários, segurança e bem estar.

Fundamental que todos os colaboradores, além de capacitados, estejam empenhados no processo, de modo que saibam orientar os pacientes adequadamente e transmitir a serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

Outras formas de comunicação

Termo de Consentimento Informado: é um direito dos pacientes e uma obrigação de toda a equipe.

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento ambulatorial quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico, exame e/ou uso medicamentoso.

O termo permite que o usuário possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável, consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após ter recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

O seu uso estará indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em **regime ambulatorial** e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;
- Na realização de hemotransfusão.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado na Policlínica está apresentado a seguir.

Por este instrumento particular o (a) paciente .....…

ou seu responsável Sr. (a) , declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no Art. 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a)---------- , inscrito(a) no CRM sob o nº _____ para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico (a), atendendo ao disposto nos art. 22. e art. 34. do Código de Ética Médica e no Art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

_____

_____

COMPLICAÇÕES:_____

CBHPM: _____ CID:_____

<u>Proposta de Implantação do Acolhimento dos Usuários na Policlínica</u>

Objetivo

Esta proposta tem como objetivo implantar o processo de acolhimento dos usuários da Policlínica, utilizando a equipe do Posso Ajudar como canal de entrada humanizado, aliado à organização das Linhas de Cuidado para fornecer um atendimento mais eficaz, organizado e voltado às necessidades específicas de cada paciente .

Justificativa

O acolhimento adequado dos usuários é fundamental para promover um atendimento humanizado e eficiente na Policlínica. Através de uma equipe treinada para oferecer suporte e orientação, o "Posso Ajudar" desempenhará um papel essencial na melhoria da experiência dos pacientes e no direcionamento correto para os atendimentos especializados. Além disso, a organização das Linhas de Cuidado permite o manejo adequado das doenças crônicas e outras condições, facilitando o fluxo dos pacientes em diferentes serviços e garantindo continuidade no cuidado.

Descrição da Proposta

1. Equipe "Posso Ajudar"

A equipe "Posso Ajudar" será composta por profissionais treinados em atendimento ao público e orientados sobre os serviços prestados pela Policlínica.

Atribuições da Equipe do Posso Ajudar :

Recepção Inicial :

- Realizar o primeiro contato com os pacientes, oferecendo uma recepção acolhedora e prestativa;
- Orientar os pacientes sobre o fluxo de atendimento da Policlínica, explicando as áreas específicas para cada tipo de atendimento (consultas, exames, etc.);
- Verifique se o paciente possui todos os documentos necessários para o atendimento e, se necessário, auxiliar na organização da documentação;
- fornecer informações sobre agendamentos, horários, localização de setores e profissionais;
- Encaminhar os usuários às Linhas de Cuidado , conforme as necessidades específicas.
- Encaminhar o paciente para o setor adequado, garantindo que ele compreenda o processo e se sinta confortável durante a espera.

Apoio ao Setor de Preparo/acolhimento:

- Auxiliar na organização da fila de espera, garantindo que os pacientes sejam atendidos na ordem de chegada ou de acordo com as prioridades definidas pela equipe médica.
- Fornecer informações adicionais ou complementares sobre os procedimentos a serem realizados na Policlínica.
- Colaborar com a equipe do Setor de Preparo, caso necessário, para otimizar o fluxo de atendimento e reduzir o tempo de espera dos pacientes.

Encaminhamento e Suporte :

- Acompanhar pacientes com dificuldades de locomoção ou em situação de vulnerabilidade até o local do atendimento.
- Garantir que os pacientes tenham suporte emocional e prático durante sua permanência na Policlínica, criando um ambiente acolhedor e respeitoso.
- Mantenha-se disponível para responder a dúvidas e dar suporte sempre que solicitado pelos pacientes ouvintes que acompanham.

Mediação de Conflitos :

- Intervir de maneira discreta e eficiente em casos de conflitos ou insatisfações dos pacientes ou acompanhantes, buscando sempre resolver a situação de forma cordial e humanizada.
- Informar a progressão da Policlínica sobre qualquer situação crítica que exija atenção ou que seja precisa

2. Linhas de Cuidado

As Linhas de Cuidado serão organizadas em diferentes áreas de atenção à saúde, com foco nas condições mais prevalentes e nas doenças crônicas tratadas pela Policlínica. A criação dessas linhas visa oferecer um cuidado contínuo e integral ao paciente.

Entre as principais linhas de cuidado, podemos incluir:

- Linha de Cuidado Cardiovascular: acompanhamento e controle de hipertensão, insuficiência cardíaca e outros problemas cardíacos.
- Linha de Cuidado Metabólico: manejo de diabetes, obesidade e outras disfunções metabólicas.
- Linha de Cuidado Renal: acompanhamento e prevenção da Doença Renal Crônica (DRC), incluindo suporte odontológico para pacientes com DRC.
- Linha de Cuidado Materno-Infantil: direcionada para gestantes e acompanhamento pediátrico.

3. Estruturação e Fluxo de Atendimento

Capacitação da Equipe: A equipe "Posso Ajudar" passará por um treinamento especializado para garantir que todos os membros conheçam detalhadamente as rotinas da Policlínica e as especificidades das linhas de cuidado.

Recepção e Triagem: O paciente, ao chegar, será coletado pela equipe e encaminhado para a linha de cuidado adequada, de acordo com a avaliação inicial, seja por demanda espontânea ou referenciada pela atenção primária.

Integração com o Sistema de Regulação: Todos os encaminhamentos e triagens devem ser integrados ao sistema de regulação para garantir o correto fluxo de atendimento e priorização, quando necessário.

Monitoramento e Avaliação: A gestão da Policlínica deverá implementar mecanismos de monitoramento da satisfação dos pacientes e da eficácia do processo de acolhimento e encaminhamento às linhas de cuidado.

4. Recursos Necessários

Recursos Humanos

Contratação de equipe para compor o "Posso Ajudar" e um Gestor do Cuidado para coordenar as Linhas de Cuidado.

Capacitação continuada dos profissionais em atendimento humanizado, acolhimento e manejo clínico.

Recursos Tecnológicos

Sistemas de informação integrados para facilitar o acolhimento e o encaminhamento correto dos usuários.

Implementação de um sistema de prontuário eletrônico que permite a comunicação entre os diferentes setores da Policlínica.

5. Infraestrutura

Organização dos espaços de recepção e acolhimento para garantir conforto e acessibilidade aos usuários.

6. Metas e Indicadores de Sucesso

Aumento da Satisfação do Usuário: mensurar a satisfação através de pesquisas e feedbacks pós-atendimento.

Redução de Tempo de Espera**:** acompanhamento dos tempos de espera e atendimento para melhoria contínua.

Continuidade no Cuidado**:** monitorar a aderência dos pacientes ao tratamento nas Linhas de Cuidado e a redução de internações evitáveis.

Capacitação Profissional**:** garantir que 100% da equipe "Posso Ajudar" e dos profissionais das linhas de cuidado passem por treinamentos periódicos.

7. Cronograma de Implantação

Mês 1: Planejamento e estruturação da equipe "Posso Ajudar" e levantamento das necessidades das linhas de cuidado.

Mês 2: Capacitação dos profissionais e adequação do sistema de regulação e acolhimento.

Mês 3: Início do projeto piloto, com acolhimento e funcionamento de duas linhas de cuidado prioritárias.

Mês 4: Expansão para todas as Linhas de Cuidado, disposições e avaliação inicial dos indicadores.

A implantação do acolhimento através da equipe "Posso Ajudar" e das Linhas de Cuidado na Policlínica será uma ação estratégica para garantir que os pacientes recebam um atendimento humanizado, eficiente e contínuo, atendendo às necessidades da população e fortalecendo os serviços de saúde oferecidos pela unidade .

4.2.1.3 Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades e humaniza o atendimento. Constitui-se em um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição.

Diante do exposto, a BHCL propõe estabelecer canais de comunicação com os usuários da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis através do Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário.

O objetivo mediante as estratégias propostas é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

O serviço possuirá sala exclusiva para atendimento do usuário. Caso não seja possível no momento da procura do serviço, será garantido o atendimento individual e com privacidade. A

responsabilidade deste processo será do Analista de Ouvidoria, cujas atribuições estão descritas a seguir:

✓ Organizar o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e a Pesquisa de satisfação do Usuário;

✓ Ouvir as manifestações espontâneas dirigidas ao SAU que não sejam direcionadas aos setores ou que necessita de requalificação;

✓ Receber e analisar os processos abertos no SAU após a finalização dos setores de atendimento;

✓ Estruturar e acompanhar o banco de dados do SAU;

✓ Acompanhar a realização da pesquisa de satisfação do usuário;

✓ Analisar os relatórios consolidados do SAU e a Pesquisa de Satisfação dos Usuários de todos os setores mensalmente;

✓ Encaminhar para Auxiliar Administrativo do setor de faturamento, relatório consolidado do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário, mensalmente, em data a ser estabelecida;

✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação ao Usuário aos diferentes setores, definindo juntamente com os responsáveis, sistemática de ações corretivas e, ou melhoria onde couber;

✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário ao Diretor, subsidiando o desenvolvimento de estratégias de qualificação e humanização do atendimento;

✓ Propor, coordenar e implementar a Política da região de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários e trabalhadores em saúde, ao processo de avaliação do SUS;

✓ Acolher, registrar e apurar denúncias, reclamações, insatisfações, solicitações, elogios e informações variadas de usuários e trabalhadores, apurando sua fundamentação;

✓ Fornecer informações a respeito das políticas de saúde desenvolvidas na região;

✓ Buscar as informações necessárias ao processamento das demandas recebidas;

✓ Acompanhar cada caso até sua solução final, buscando dotar de agilidade os encaminhamentos;

✓ Elaborar relatório periódico das demandas recebidas e seus encaminhamentos para subsídio do processo de planejamento do gestor;

✓ Propor ao gestor a adoção de providências que implementem melhorias nos serviços, a partir da sugestão dos usuários e trabalhadores em saúde;

✓ Atender solicitação dos Conselhos Municipal, Distritais de Saúde, Conselhos de

Unidades e demais órgãos de controle social;

✓ Analisar sugestões emanadas da sociedade civil, por intermédio de suas organizações, e demais órgãos de controle social, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde;

✓ Promover a discussão das demandas e encaminhar quando necessário às instâncias competentes os problemas que afetam a qualidade do atendimento da Rede de Serviços do SUS na região;

✓ Implementar políticas de estímulo à participação de usuários, trabalhadores em saúde e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

✓ Atuar na prevenção e mediação de conflitos dos usuários relativos aos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde com os prestadores de serviços no âmbito do SUS.

Funcionamento do serviço

O SAU capta dados através de um único documento que avalia a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados e, no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios.

O modelo apresentado já é utilizado em outras unidades gerenciadas pela BHCL, e poderá ser implantado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores das unidades de saúde para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise são encaminhadas às áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar proatividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

Será destinado, a medida do possível, sala exclusiva para o desenvolvimento das atividades do serviço de atenção ao usuário, local também destinado a receber os usuários para atendimento aos usuários.

Além da ouvidoria local, os usuários podem manifestar-se através da **Ouvidoria de Saúde de Goiás**.

As manifestações provenientes das Ouvidorias (Ouvidoria Central, Secretaria Estadual de Saúde) seguirão o fluxo estabelecido pelo gestor da região, considerando a apuração dos fatos, o encaminhamento da resposta ao manifestante e ao órgão captador da manifestação e o devido registro no Sistema OuvidorSUS.

As manifestações oriundas da Ouvidoria do SUS podem ser acessadas pelo Gestor da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis para conhecimento da manifestação e a inserção dos encaminhamentos e providências tomadas no sistema ou conforme fluxo estabelecido.

Na apuração dos fatos o gestor local deve observar todos os aspectos contidos na manifestação do usuário, considerando as várias situações apontadas pela mesma, apurando cada uma dessas situações e identificando todos os elementos envolvidos. A resposta ao manifestante sempre que possível deve ocorrer pessoalmente, quando não possível deve ocorrer por telefone, e-mail ou correspondência. Os prazos para retorno serão estabelecidos em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, não devendo ultrapassar 30 dias.

O telefone da Ouvidoria, bem como o link para manifestação via internet, será disponibilizado em cartaz ou outra forma de comunicação visual nas unidades, juntamente com as informações sobre a ouvidoria local, para conhecimento dos usuários do serviço.

A Proposta para implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário está descrita no **item 4.5.1.4, a seguir**.

4.2.1.4 Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços na Unidade de Saúde é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade.

Por meio de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constituir uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permitir a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários da Unidade de Saúde, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- ✓ Avaliar o grau de satisfação dos clientes.
- ✓ Monitorar o desempenho da unidade ao longo do tempo.
- ✓ Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da unidade.
- ✓ Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários.
- ✓ Identificar meios de manter esses pontos positivos.
- ✓ Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários.
- ✓ Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Tipo de Pesquisa:

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa.

Local do Estudo:

A ser desenvolvido nas unidades, nos locais de atendimento e assistência.

População (Amostra) / Sujeito:

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da unidade que saírem de alta ambulatorial, no mês de período proposto com o nível de confiança de 94% e margem de erro de 3% na unidade em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada pelo Analista de Ouvidoria da Unidade conforme modelo de questionário apresentado no próximo item.

A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa será identificada as oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

INSTRUMENTAL (QUESTIONÁRIO)

Sua Opinião Vale Muito Para Nós

Data: _____ /_____ / _____

1- Setor: ----------

2-Esta e a sua primeira vez na policlínica?

(1) Sim (2) Não

3-Faixa etária do entrevistado:

(1) 0 a 4 anos

(2) 6 a 10 anos

(3) 11 a 20 anos

(4) 21 a 40 anos

(5) 41 a 40 anos

(6) 41 a 60 anos

(7) Acima de 60 anos

4-Sexo do entrevistado

(1) Masculino

(2) Feminino

(3) Outro

5-Qual o grau de instrução do entrevistado?

(1) Não alfabetizado

(2) Alfabetizado

(3) 1º grau completo e incompleto

(4) 2º grau completo e incompleto

(5) 3º grau completo e incompleto

(6) NR/NS

6-Renda Familiar do entrevistado:

(1) Menos de 1 salário-mínimo

(2) De 1 a 2 salários-mínimos

(3) De 3 a 4 salários-mínimos

(4) Acima de 4 salários-mínimos

(5) NR/NS

7-Procurou a Unidade de Assistência por:

(1) Indicação da família/ amigos

(2) Encaminhamento de outra unidade

(3) Encaminhamento médico

(4) Outro motivo

(5) Acidente

(6) NR/NS

8-Qual o nível de satisfação em relação à VIGILÂNCIA?

Considerar: cordialidade, agilidade, orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

9-Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE MÉDICA?

Considerar: Cordialidade, agilidade, respeito à privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

10-Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE DE ENFERMAGEM?

Considerar: Apresentação dos técnicos de enf., cordialidade, agilidade, respeito a privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

11-Qual o nível de satisfação em relação ao SERVIÇO SOCIAL?

Considerar: Cordialidade, apoio na resolução de problemas e orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

12-Qual o nível de satisfação em relação ao SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA?

Considerar: Apresentação dos copeiros, cordialidade dos copeiros e nutricionistas, agilidade, orientações dos nutricionistas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

13-Qual o nível de satisfação em relação à HIGIENIZAÇÃO?

Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, limpeza das áreas comuns e banheiros

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

14-Qual o nível de satisfação em relação a MANUTENÇÃO PREDIAL?

Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, condição da rede elétrica, hidráulica e dos moveis

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

15-Qual o nível de satisfação em relação a RECEPÇÃO DA ENTRADA PRINCIPAL da Unidade?

Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

16-O que é mais IMPORTANTE para o(a) Sr(a) ficar satisfeito com os serviços da Unidade?

[LER CADA ITEM] e entre [REPETIR OS ITENS, EXCLUINDO A PRIMEIRA RESPOSTA] **qual e a 2ª mais importante?**

a) A conservação e limpeza (1) (2) (99 - NS/NR)

b) O atendimento dos funcionários (1) (2) (99 - NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários (1) (2) (99 - NS/NR)

d) O serviço ser feito direito (1) (2) (99 - NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço (1) (2) (99 – NS/NR)

17-Agora vou ler de novo estas características dos serviços e peço que o(a) Sr.(a) de uma nota de "0" a "10" para a QUALIDADE de cada uma.

De "0" a "10", que nota o (a) Sr.(a) dá para:

a) A conservação e limpeza ( ) (99 - NS/NR)b) O atendimento dos funcionários ( ) (99 - NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários ( ) (99 - NS/NR)

d) O serviço ser feito direito ( ) (99 - NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço ( ) (99 - NS/NR)

E, de "0" a "10", que nota o(a) Sr.(a) dá para a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr(a) RECEBEU desta Unidade de Assistência (99 – NS/NR)

Nota: ----------

Antes de vir a esta Unidade, todo mundo tem uma ideia sobre a qualidade dos serviços que vai receber aqui. Para responder às próximas perguntas, lembre-se de como imaginava que seria a qualidade dos serviços desta unidade antes de ser atendido.

A nota "0" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade muito ruim e a nota "10" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade ótima antes de ser atendido.

Dê uma nota de zero a 10, para dizer como imaginava que seria a qualidade geral dos serviços desta unidade antes de vir até aqui.

Nota: ----------

OBS: Se o entrevistado, espontaneamente, afirmar ser usuário antigo e não se lembrar de como imaginava que seria o serviço, troque os termos "imaginava" para "imagina" e "antes de vir até aqui" para "a cada vez que vem aqui".

Dê uma nota para cada uma daquelas características do serviço, lembrando o que o(a) Sr.(a) imagina sobre a qualidade dos serviços que irá receber a cada vez que vem até aqui.

De uma nota de "0" a "10" para dizer o que o (a) Sr.(a) imagina com relação a:...

[REPETIR PARA CADA ITEM]

a) A conservação e limpeza ( ) (99 - NS/NR)

b) O atendimento dos funcionários ( ) (99 - NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários ( ) (99 - NS/NR)

d) O serviço ser feito direito ( ) (99 - NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço ( ) (99 – NS/NR)

Pesquisa de Opinião

A pesquisa de opinião a seguir será solicitada a todos os pacientes ambulatoriais e da hemodiálise

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e será utilizada quando a pesquisa for feita por meio de telefone.

Atendimento Ambulatorial

A sua opinião é muito importante para nós!

Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS.

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços.

Nome completo (opcional):

Contato: Fone_____ e-mail_____

Unidade/setor em que foi atendido(a):

Data e horário do atendimento: _____/_____/_____às _____horas

Para melhorar nossos serviços, diga-nos:		
Sentiu-se bem recebido(a), acolhido(a)?		
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.		
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?		
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.		
Houve rapidez no atendimento?		
Houve cortesia e profissionalismo?		
As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		
Ao procurar esta Unidade de Saúde você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		

Comentários/Sugestões:_____

_____

Contatos Da Unidade: e-mail..... e fone.....…

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor!

Utilização do Resultado das Pesquisas de Satisfação

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em (i) indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários, (ii) indicadores de ocorrências de insatisfação, onde os usuários manifestam desagrado importante com críticas objetivas e (iii) indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento e/ou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria-Geral, Gerência Técnica e Diretor Clínico.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

Monitoramento

Caberá à liderança máxima da unidade, apoiado pelos assessores da BHCL, incorporar nas decisões tomadas as necessidades sentidas pelos usuários redefinindo processos, fluxos ou rotinas sob sua gestão, além de monitorar sistematicamente a evolução das medidas tomadas para garantir a qualidade e humanização do atendimento prestado.

A análise dos dados permitirá identificar o grau de satisfação dos usuários em relação aos diversos serviços oferecidos pela unidade. Para o percentual de usuários insatisfeitos deverá ser avaliado individualmente os itens que registraram avaliação negativa e identificar as falhas no processo de trabalho e subsidiar discussões que visem à qualificação do serviço prestado.

4.2.1.5 Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores

4.2.1.5.1 Formas de acolhimento para o usuário e acompanhante

A ambiência é afirmada como uma diretriz da Política Nacional de Humanização – PNH, a partir de uma orientação conceitual e metodológica, em que se propõe a sintonizar "o que fazer" com o "como fazer".

A PNH define Ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora,

humana e resolutiva. Em interface com os demais dispositivos da PNH, esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de "estar", assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação.

Considerando essa conceituação, a BHCL propõe atenção à busca dos seguintes objetivos:

- ✓ Oferecer espaços de acesso e espera que diferenciem atendimentos preferenciais, que facilitem a priorização do atendimento e a movimentação de usuários e profissionais - priorização do atendimento a idosos, atenção especial aos grupos vulneráveis vítimas de violência e pessoas com necessidades especiais;
- ✓ Oferecer espaços de atendimento ao paciente com privacidade e conforto;
- ✓ Dispor de mobiliários confortáveis e colocados de forma a permitir a interação entre os usuários e destes com os profissionais;
- ✓ Garantir fácil orientação e fluxo de deslocamento dos usuários entre as áreas e serviços;
- ✓ Favorecer o acolhimento ao visitante oferecendo espaços de escuta, recepção e orientação;
- ✓ Facilitar a participação do acompanhante ou familiar, disponibilizando conforto e acolhimento, áreas informes aos familiares, áreas de espera, convivência e descanso;
- ✓ Respeitar peculiaridades culturais, sociais e religiosas;
- ✓ Oferecer áreas de trabalho em grupo e espaços para reuniões interprofissionais;
- ✓ Oferecer áreas de apoio em número e condições adequadas a todos os profissionais;
- ✓ Oferecer áreas externas que favoreçam o acesso, a espera e o descanso de acompanhantes e trabalhadores.

A área de abrangência da Policlínica Estadual da é ampla e contempla diversos municípios, que em sua grande maioria é distante da unidade.

Considerando-se as distâncias, os pacientes chegam muito cedo na unidade para não perder o procedimento agendado e ficam aguardando a unidade abrir, em um espaço, denominado **"Terminal"**.

A BHCL, como forma de acolher esses usuários e seus acompanhantes, deixará disponível um colaborador "posso ajudar", cujas atribuições serão:

- ✓ Acolher o usuário e seus acompanhantes, ouvindo-os com atenção e qualificando a escuta na unidade de saúde;
- ✓ Orientar e informar sobre fluxos, procedimentos e serviços da unidade de saúde, direcionando o fluxo de atendimento e circulação;
- ✓ Verificam se a documentação do usuário está correta;

- ✓ Orientam quanto aos seus exames eliminando dúvidas;
- ✓ Acompanham o desenvolvimento do seu tratamento;

E, após a abertura da unidade, o profissional pode:

- ✓ Agilizar o atendimento através da busca de exames do paciente;
- ✓ Auxiliar no encaminhamento do usuário aos diversos atendimentos;

Também serão promovidas Palestras de sala de espera, uma vez que, neste contexto, a sala de espera se constitui como um espaço geralmente ocupado por uma grande quantidade e diversidade de usuários de diferentes faixas etárias, e classe social e culturais, com as mais diversas demandas e vivências, que durante a esperar por atendimento de saúde acabam em sua maioria interagindo uns com os outros trocando suas experiências e conhecimentos. Portanto, a sala de espera constitui um espaço importante para promoção da educação em saúde através da construção coletiva de saberes, troca de vivências e fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais.

As palestras serão ministradas pelos profissionais da unidade, terão curta duração e serão realizadas nos horários em que a demanda estiver elevada.

Proposta de Acolhimento para Usuários e Acompanhantes Durante o Período de Atendimento na Unidade

Objetivo

Esta proposta visa melhorar o acolhimento de usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, com atenção especial àqueles que residem em localidades diversas, garantindo uma experiência mais confortável e eficiente. A proposta inclui o uso do Núcleo de Agendamento Interno para otimizar os processos e minimizar o tempo de espera, promovendo uma melhor organização do fluxo de pacientes e garantindo a integração dos serviços.

Justificativa

Muitos usuários e acompanhantes buscam atendimento em unidades provenientes de regiões distantes, o que implica longas deslocações, aumento da ansiedade e maior necessidade de acolhimento humanizado. A implementação de estratégias de recepção específicas para esses usuários é essencial para garantir um atendimento digno e eficiente. O Núcleo de Agendamento

Interno poderá melhorar o tempo de espera, garantindo que os pacientes sejam atendidos em prazos adequados, evitando interrupções desnecessárias e garantindo a continuidade do cuidado.

Descrição da Proposta

1. Estratégias de Acolhimento para Usuários e Acompanhantes

a) Recepção Humanizada e Orientação Inicial:

- Ao chegar à Policlínica, o paciente deve ser recebido por uma equipe treinada em atendimento humanizado a Equipe "Posso Ajudar":. Essa equipe fornecerá informações sobre o processo de atendimento, direcionamento para setores adequados e oferta de suporte emocional, caso necessário, ou seja, Informações Claras e Acessíveis.
- Identificação das Necessidades Especiais : Desde a recepção, será identificado pacientes que venham de localidades distantes ou que tenham mobilidade reduzida, necessidades especiais ou acompanhantes que precisem de apoio. Isso poderia ser feito por meio de um breve questionário na chegada ou já no processo de agendamento.
- Acompanhamento Integral : Em casos especiais será designado um membro da equipe (Posso Ajudar) para acompanhar o paciente ao longo da jornada dentro da unidade, auxiliando na navegação entre os setores.

b) Salas de Espera Adequadas e Acessíveis

- As salas de espera serão organizadas para garantir o conforto dos usuários e acompanhantes, com áreas climatizadas, cadeiras confortáveis, água limpa e sanitários acessíveis.

c) Apoio a Acompanhantes

- Sala de Convivência para Acompanhantes : Criar um espaço adequado e confortável dentro da Policlínica para os acompanhantes dos pacientes, com cadeiras confortáveis, acesso a água, wi-fi gratuito, e até materiais educativos sobre saúde.
- Comunicação e Atualizações em Tempo Real : Fornecer informações constantes sobre o andamento do atendimento, especialmente em casos de exames ou

consultas que podem atrasar mais. Isso pode ser feito por meio de painéis eletrônicos ou mensagens via celular.

- Orientação sobre Hospedagem e Transporte : Oferece um serviço de apoio para ajudar os acompanhantes e pacientes a encontrar opções de hospedagem temporária próximas à Policlínica, além de fornecer informações sobre transporte público e serviços de traslado.

2. Núcleo de Agendamento Interno - para Gestão de Tempo

O Núcleo de Agendamento Interno terá um papel crucial na otimização do fluxo de pacientes, principalmente aqueles que vêm de localidades diversas. Algumas ações propostas para o núcleo incluem:

- Integração do Agendamento e Atendimento: O núcleo será responsável por alinhar os horários de consulta, exames e procedimentos, evitando que o paciente tenha que se deslocar diversas vezes à unidade. A prioridade será dada aos pacientes que moram em localidades distantes, minimizando suas localizações e garantindo um atendimento eficiente em um único dia, sempre que possível.Isso incluiria agendar consultas múltiplas (com diferentes especialistas ou exames) para o mesmo dia ou em dias consecutivos, minimizando a necessidade de mudanças repetidas.
- Central de Comunicação Ativa: Será criada uma central de comunicação para entrar em contato com os pacientes e acompanhantes antes do atendimento, confirmando o agendamento, orientando sobre os documentos necessários e informando sobre qualquer alteração no horário, evitando esperas desnecessárias.
- Monitoramento do Tempo de Espera: O núcleo será responsável por monitorar o tempo de espera entre consultas, exames e outros procedimentos, de forma proativa para organizar fluxos mais ágeis. Isso inclui ajustar os horários conforme a disponibilidade da equipe médica e a carga de atendimentos do dia.
- Confirmação Prévia e Check-in Digital: Usar o núcleo de agendamento para confirmar previamente as consultas, facilitando a organização da logística dos pacientes.

3. Acompanhamento Pós-Atendimento

Consultas Iniciais e Acompanhamento à Distância: Utilização de telessaúde para realização de consultas iniciais, permitindo que o médico faça uma avaliação antes da visita

presencial. Assim, os exames podem ser solicitados e realizados já na primeira vinda à Policlínica, sem a necessidade de múltiplas deslocações.

Manejo de Pacientes Crônicos à Distância: Para pacientes com doenças crônicas que desativam o acompanhamento frequente, o projeto de telessaúde pode ser usado para consultas de retorno, avaliações de medicamentos, ajustes de tratamentos e orientações gerais. Isso reduziria a necessidade de viagens constantes e longos períodos de espera.

Interação com Profissionais Locais: Por meio do telessaúde, profissionais da saúde que atendem os pacientes em suas cidades de origem poderiam interagir com os especialistas da Policlínica. Isso integraria o atendimento primário e secundário de forma mais eficaz.

4. Recursos Necessários

- Recursos Humanos: Ampliação da equipe de acolhimento, incluindo treinamento contínuo em atendimento humanizado e suporte logístico.
- Infraestrutura: Adequação das salas de espera e, se necessário, criação de um espaço para acolhimento temporário de pacientes que precisam pernoitar.
- Tecnologia: Implementação de sistemas de agendamento digital integrados ao prontuário eletrônico para facilitar o controle do fluxo de pacientes e minimizar o tempo de espera.

5. Cronograma de Implementação

- Mês 1: Organização e capacitação da equipe de acolhimento e do Núcleo de Agendamento Interno.
- Mês 2: Adequação dos espaços físicos e integração dos sistemas de informação.
- Mês 3: Início do projeto piloto com o acolhimento e otimização do fluxo para pacientes de localidades distantes.
- Mês 4: Expansão das ações de acolhimento e acompanhamento remoto, com avaliação dos resultados iniciais.
- O monitoramento e adequação de fluxos e protocolos serão contínuos para a melhoria do serviço

4.2.1.5.2 Formas de acolhimento para os colaboradores

A Integração tem como objetivo acolher os novos empregados, apresentar conteúdo Institucional, tirar dúvidas e discutir assuntos relevantes para a área de atuação da Instituição, favorecendo a ambientação do profissional junto a sua Unidade de Trabalho.

A integração é apenas uma ponta do processo de acolher o colaborador, e retomando sobre a Ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização, e a valorização contínua do servidor como uma das principais metas da Gerência de Humanização da SES-GO, entende-se que, quando se concebe uma nova Ambiência, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de se operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações. Nem sempre é sobre reforma, mas sim, rearranjar os espaços de trabalho com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho, o espaço para encontro dos grupos e troca de experiências.

Essa valorização parte principalmente de uma compreensão de que os trabalhadores representam, no cotidiano, as verdadeiras "portas de entrada" dos serviços definindo acesso, qualidade no cuidado e na construção de um processo corresponsável de atenção em saúde. De forma geral, os princípios, as diretrizes e os dispositivos propostos trazem o trabalhador de saúde para uma posição central no processo, em uma perspectiva de empoderamento, visto que sugere o exercício cotidiano de construir a indissociabilidade entre gestão e atenção.

Na perspectiva de dialogar com a diretriz de Acolhimento, quando falamos de valorização do trabalho e do trabalhador, ressaltamos a importância de perceber as potências e as limitações presentes neste(a) trabalhador(a), a fim de proporcionar espaços de diálogo e de acompanhamento do trabalho que está em realização como formas de cuidar, de participar e de conhecer as práticas deste profissional e desenvolvê-lo.

O objetivo é de promover uma ampliação de conhecimentos, pela construção com diversas perspectivas e experiências, de valorização do trabalho e como forma de agregar para o serviço de saúde, para considerar as necessidades do serviço como um todo e as necessidades individuais do profissional de saúde.

A PNH tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e poder.

Traz como método a tríplice inclusão:

- a inclusão dos diversos atores que compõem determinado processo de trabalho em saúde – todos têm algo a ensinar;

a inclusão dos analisadores sociais, ou seja, ações, acontecimentos naturais ou produzidos que lançam luz sobre determinado fato, produzindo análise, entendimento e sentido – diversas perspectivas proporcionam um novo olhar e novas possibilidades de resolutividade; e,

a inclusão dos coletivos, redes e movimentos sociais.

Outras ações que a BHCL prática, e que também fazem parte do acolher o profissional e que serão aplicadas na Policlínica Estadual:

- Gestão porta aberta;
- Processo de Capacitação e Desenvolvimento Profissional;
- Processo de Desenvolvimento Individual (PDI);
- Projeto de Desenvolvimento das Lideranças;
- Pesquisa de Clima.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE ACOLHIMENTO AO COLABORADOR DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

1. APRESENTAÇÃO

Diante do início de qualquer profissional em uma Instituição, há o desconhecimento, sobretudo das normativas e estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já estabelecidos.

Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos profissionais à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o profissional que inicia suas atividades nesta Instituição, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo profissional à Policlínica Estadual, possibilitando ao profissional o conhecer da estrutura, dos valores e das normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele , às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – promover o acolhimento e integração dos profissionais;

II – buscar uma melhor relação entre funcionário e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;

III - possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração.

IV- facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - proporcionar uma melhor adaptação do profissional à equipe de trabalho.

3. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário (CHIAVENATO, 1999).

Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são a redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa (CHIAVENATO, 1999).

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (Nomura;Gaidzinski;2005).

Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos funcionários, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento. Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o aumento do grau de satisfação dos profissionais em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo funcionário, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao profissional o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

4. PÚBLICO-ALVO

Os profissionais recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades na Policlínica Estadual.

5. AÇÕES

O Programa de Acolhimento da Policlínica será desenvolvido pela Coordenação Administrativa e pelo setor de Recursos Humanos, a qual será composta por profissionais que coordenarão as ações e treinamentos, utilizando o corpo clínico e profissionais da Policlínica para o desenvolvimento do acolhimento dos novos profissionais, devendo o mesmo ser implementado nas seguintes linhas de ação:

5.1. ACOLHIMENTO INICIAL

5.1.1. Finalidade

Receber o funcionário e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

5.1.2. Responsáveis

Recursos Humanos em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, experiência da área de atuação do novo profissional.

5.1.3. Atribuições de cada setor

5.1.3.1 Recursos Humanos

a) apresentar ao funcionário informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

c) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento:

- Regulamentação de Trabalho;
- Normas Gerais de Funcionamento
- Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações;
- Descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas.

d) Responsável pelo encaminhamento do funcionário ao respónsavel de sua área de atuação e ao SESMT local.

5.1.3.2. SESMT

Local Responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

5.1.3.3 Setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

5.2. TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

5.2.1 Finalidade da ação

Proporcionar aos novos profissionais um conjunto de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os profissionais na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.2. Responsável

Ação implementada pelo Recursos Humanos.

5.2.3. Recepção ao evento

Os novos profissionais receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão, Perfil e Valores da Instituição.

5.2.4. Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Estrutura Organizacional, Humanização, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade, Educação Continuada e Projetos, Recursos Humanos e Regulação em Saúde/SUS.

5.2.5. Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.6. Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

5.2.7. Público-alvo

Novos funcionários da Policlínica.

5.2.8. Carga horária

06 horas.

5.2.9. Periodicidade

Grupos quinzenais para os profissionais admitidos no período.

5.2.10. Resultados esperados

Assimilação da cultura organizacional.

5.2.11. Avaliação do Treinamento

Avaliação de Reação aplicada ao profissional.

5.3. TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

5.3.1 – Finalidade

Promover a formação e a integração inicial de novos funcionários, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe.

5.3.2. Responsáveis

Ação implementada pela da área de lotação do novo profissional.

5.3.3 Competências a serem trabalhadas

a) orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor;

b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

5.3.4. Metodologia

a) Os profissionais passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela área de lotação do novo funcionário. (Duração mínima de 7 dias).

b) Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O funcionário será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá ser estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao funcionário maior segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

5.3.5. Objetivos

a) preparação desse novo profissional para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;

b) orientação e acompanhamento do novo funcionário quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;

c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

5.3.6. Público-alvo

Novos profissionais.

5.3.7. Carga horária

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada gerência e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

5.3.8. Periodicidade

De acordo com a admissão de novos profissionais.

5.3.9. Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

a) melhor adaptação do novo funcionário às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;

b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa;

c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia;

d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal.

5.3.10. Avaliação

A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

a) avaliação inicial do funcionário: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do profissional;

b) avaliação do supervisor imediato, com 45 dias de experiência (contratação) (pós treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função;

c) avaliação do supervisor imediato, com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos;

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

- Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial, avaliação do supervisor, com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos)

- Avaliação do profissional sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento).

– Turn - over no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as áreas da Policlínica, pois o sucesso do mesmo depende da co-participação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o funcionário se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

4.3 Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária

CONTRARREFERÊNCIA

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso das pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita.

O sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário quando necessário ao usuário.

O Sistema de referência e contrarreferência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

Um sistema ineficiente (ou inexistente, no caso) de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Aumenta os

gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados entre outros

Mas quais são as definições de referência e contrarreferência?

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

Tendo isso em vista, um modelo eficiente tem como uma de suas consequências a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde. Tal definição já vem acompanhada de uma crítica, ou no mínimo um desafio: pensar na rede como um sistema hierarquizado, onde há esferas "mais e menos importantes", por si só já é um pensamento obsoleto dentro da ótica de funcionamento do SUS em pleno ano de 2024.

Isso porque o sistema deve ser pensado muito mais como uma rede de fluxos multidirecionais do que em uma pirâmide rígida. A conclusão a que se chega na literatura atual é que não há como ultrapassar etapas, isto é, não há como se chegar à integralidade desejada nesse modelo dinâmico dos níveis de atenção sem passar pelo modelo piramidal e mais tradicional, e sem que este esteja consolidado e eficiente.

COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO

Dentre as estratégias facilitadoras do trabalho em rede e da integração entre APS e a Atenção Especializada (AE) estão os sistemas informatizados e descentralizados de regulação; monitoramento de filas de espera; aumento real da oferta de serviços; implantação de protocolos clínicos; uso de prontuários eletrônicos; melhor utilização de mecanismos de contra referência, o papel de filtro do médico de família, a territorialização dos serviços especializados e a adoção de protocolos clínicos previamente discutidos, entre a APS e AE, estratégias que possibilitem a relação interpessoal entre profissionais da APS e AE e estimulem a criação de uma cultura de colaboração (Almeida, Fausto e Giovanella, 2010; Almeida et al, 2011). O conjunto dessas ferramentas poderá colaborar com o compartilhamento de cuidado, atendendo à complexidade das necessidades do usuário.

Para melhor atender aos usuários em suas necessidades de saúde, se faz necessária a integração entre a Atenção Primária, ordenadora do cuidado, e a Atenção Especializada. Essa

integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família – UESF), com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais.

O compartilhamento do cuidado do usuário entre as Policlínica Estadual e a Atenção Primária é compreendido como uma estratégia para redução da fragmentação do cuidado, a partir das conexões existentes dentro da RAS, e também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

O QUE É O COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO?

Compartilhar o cuidado pressupõe compreender que a complexidade de determinadas situações de saúde demanda intervenções conjuntas para alcançar soluções possíveis. Para isto, é importante dividir e construir junto diagnósticos e terapêuticas, incluindo equipes de saúde, o olhar intersetorial e do usuário e sua família, em sua comunidade (Brasil, 2009).

Tal intervenção é potencialmente importante para o manejo de condições crônicas, porque permite que as pessoas tenham suas necessidades complexas atendidas de forma adequada, de preferência próximo ao território e/ou residência, possibilitando um cuidado integral e equânime.

Há evidências que apontam efeito claro na prescrição adequada, aderência e uso das medicações (Smith et al, 2007). Ademais, considerar a realidade do usuário e seu território, assim como os recursos disponíveis pode levar a melhores desfechos.

Na prática, a participação de equipes de APS, AE e da rede de educação e assistência social, na prestação de um cuidado planejado e negociado com o usuário é a ferramenta mais efetiva para buscar soluções para uma condição crônica e complexa de saúde, complementando e reforçando os documentos habitualmente trocados entre serviços, como os laudos, relatórios e encaminhamentos.

No entanto, tal prática segue sendo um desafio para os serviços de saúde.

DESAFIOS ENCONTRADOS NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Compartilhar cuidados em saúde pode ser um grande desafio. Por ser uma tecnologia em que se pretende a execução planejada, integrada e organizada de ações, em diversos níveis e serviços, vários problemas das RAS podem interferir nos resultados a serem alcançados. Déficits na infraestrutura, na informatização e mecanismos de comunicação da rede, no quantitativo e capacitação de recursos humanos, **nos fluxos entre os serviços, compreendendo especialmente a referência e contrarreferência;** na organização dos serviços; no registro das informações; na responsabilização pelas atividades referentes ao cuidado, dentre outros, são imputados como causadores de problemas que dificultam ou impedem o compartilhamento do cuidado.

Os principais desafios enfrentados no compartilhamento do cuidado são:

- Dificuldades com demanda excessiva e /ou carência de profissionais;
- Inexistência ou desconhecimento de protocolos de orientação para APS sobre estratificação de risco;
- Inexistência de protocolos para compartilhamento de cuidado;
- Inexistência de fluxos específicos;
- Inexistência de tecnologias da informação / sistemas informatizados que permitam a circulação oficial da informação sobre os usuários na RAS;
- Dificuldade com insumos Dificuldades na referência e contrarreferência;
- Carência de estratégias de matriciamento;
- Falta de integração de sistemas de informação entre a APS e a AE.

CONTRARREFERÊNCIA X COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Contrarreferência

A contrarreferência é um processo formal de comunicação que ocorre quando um paciente, após ser atendido na Atenção Especializada, é devolvido ao cuidado da Atenção Primária de Saúde (APS). Esse mecanismo visa manter a continuidade do cuidado, após a resolução de uma situação que fornece atendimento especializado.

Características da Contrarreferência:

- Fluxo Unidirecional: A contrarreferência funciona como um retorno do paciente para a APS após a realização de uma intervenção especializada, seja diagnóstica ou terapêutica.
- Objetivo: O principal objetivo da contrarreferência é permitir que a APS continue o acompanhamento do paciente com as informações e orientações fornecidas pelo especialista, evitando a fragmentação do cuidado. Assim, o médico da atenção primária tem a oportunidade de monitorar o paciente, gerenciando a evolução do caso e atuando na prevenção de complicações.
- Documentação Formal: É fundamental que, na contrarreferência, haja uma comunicação clara entre os níveis de atenção. O especialista deve fornecer um relatório com as informações do diagnóstico, os tratamentos realizados e as recomendações para o seguimento na APS.
- Exemplo: Um paciente com hipertensão que, após ser encaminhado à cardiologia por dificuldade de controle da pressão arterial, retorna à atenção primária com ajustes terapêuticos sugeridos pelo especialista, e a continuidade do cuidado fica sob responsabilidade do médico da APS.

A contrarreferência, portanto, é uma devolução organizada do cuidado para a APS, com foco na continuidade e na manutenção da saúde do paciente no nível primário, após o suporte especializado.

Compartilhamento de Cuidado

O compartilhamento de cuidado refere-se a um modelo mais integrado e colaborativo de gestão do cuidado, onde há uma interação ativa e contínua entre os profissionais da APS e da

AE no manejo de pacientes. Ao contrário da contrarreferência, que tende a ser pontual e unidirecional, o compartilhamento de cuidado implica em um trabalho conjunto, com trocas frequentes e planejamento colaborativo.

Características do Compartilhamento de Cuidado:

- Fluxo Bidirecional e Continuado: No compartilhamento de cuidado, o fluxo de informações e responsabilidades é constante e vai além do simples encaminhamento ou retorno. A gestão do paciente é dividida, e ambos os níveis de atenção (primária e especializada) colaboram em tempo real para a tomada de decisões.
- Objetivo: O objetivo principal é oferecer um cuidado integrado e coordenado , especialmente em casos de pacientes com doenças crônicas e condições complexas que desbloqueiam a experiência de diferentes níveis de atenção. O paciente não "sai" de um nível para outro; ambos os níveis de confiança a responsabilidade do manejo.
- Comunicação Regular e Multidisciplinar: O compartilhamento de cuidado exige uma comunicação regular entre a equipe da APS e os especialistas, podendo ser feita por meio de ferramentas de telessaúde, reuniões clínicas, ou discussão de caso. O modelo facilita a tomada de decisão conjunta e promove um alinhamento de condutas, evitando duplicidade de exames ou tratamentos.
- Exemplo: Um paciente com diabetes mellitus tipo 2, que é acompanhado na APS para o controle de glicemia e outros cuidados gerais, mas que recebe suporte contínuo de um endocrinologista para ajustes de insulina e tratamento de complicações específicas. As duas equipes (APS e AE) mantêm uma comunicação ativa e conjuntamente responsabilidades para garantir a estabilização e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O compartilhamento de cuidado é especialmente específico para o manejo de pacientes complexos e específicos , onde a colaboração contínua entre os níveis de atenção promove uma abordagem mais holística e resolutiva.

Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado deverá ser um processo de articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum: a eficaz prestação de serviços de saúde à população.

A coordenação do cuidado é definida como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas, para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade. Nesse processo, é essencial garantir a comunicação e a transferência segura do cuidado.

Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado de atenção compartilhada, há de se compartilhar planos de cuidados entre as unidades básicas de saúde e as unidades de serviço especializado e hospitalar, bem como criar canal de diálogo e discussão entre os envolvidos, bem como integrar as informações de atendimento por meio do prontuário eletrônico. A função deste plano é garantir que os profissionais busquem os mesmos objetivos de eficácia e qualidade.

A estruturação da gestão do cuidado favorece um cenário de gestão compartilhada do cuidado, entre família, usuário, equipe e RAS, promovendo o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença, bem como contribuindo para a melhoria da resolutividade e do entendimento das possibilidades acerca do cuidado. Portanto, é evidente a necessidade de qualificação dessa gestão.

A partir da estratificação de risco da população associada das unidades básicas de saúde, deverão ser construídos processos regulatórios que orientem as equipes de Atenção Básica na coordenação do cuidado dos usuários. Isso deverá ser realizado visando otimizar, por meio de Protocolos de Acesso e Diretrizes Clínicas, estruturados a partir da construção de uma linha de cuidado.

Assim, qualifica -se a demanda dos serviços especializados e garante-se a equidade, conforme diretrizes dispostas na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os fluxos e condições para encaminhamentos deverão ser definidos dentro da construção das linhas de cuidado. Mesmo enquanto persistir o acompanhamento na atenção especializada, a unidade básica de saúde deverá continuar informando a situação de saúde do usuário, bem como acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado. Os critérios para a alta devem ser pactuados, bem como as condições para o seguimento desse usuário na unidade básica de saúde.

Para tanto, dever-se-á atentar aos seguintes recursos:

- Continuidade do cuidado - a pessoa atendida manterá seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge, esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
- Integralidade - o nível primário deverá ser responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado às equipes de nível secundário ou terciário, o

serviço de Atenção Primária continuará corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário poderão lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- Articulação do cuidado - mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

Plano Terapêutico e a Compartilhamento do Cuidado como ferramentas para a Contrarreferência para a Atenção Primária

A **Compartilhamento do Cuidado** é a continuidade dos cuidados através da articulação com os níveis de atenção à saúde e treinamento do cuidador familiar.

A Portaria GM/MS Nº 3.492, de 08 de abril de 2024, que "*Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)"*, determina como diretriz, dentre outras, que a Ofertas de Cuidados Integrados – OCI deverá incluir sempre referência e contrarreferência segura, bem como a transição para Atenção Primária à Saúde - APS, visando à redução da fragmentação e ampliando a integralidade da atenção ambulatorial especializada.

Uma ferramenta que pode ser utilizada é a elaboração de um relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica e domiciliar da região de saúde de adscrição.

Compartilhamento do Cuidado consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde para outra ou para domicílio, de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de:

- ✓ orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- ✓ articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em particular a Atenção Básica; e
- ✓ implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas RAS.

O estabelecimento de protocolo de Compartilhamento do Cuidado tem por objetivo atender ao princípio da integralidade do cuidado a partir da articulação entre a equipe multiprofissional e entre os serviços existentes na Policlínica e nas RAS.

Além disso, visa ao estabelecimento do autocuidado, maior autonomia do paciente e seu cuidador, uma vez que resulta em melhor entendimento do diagnóstico e dos cuidados necessários e melhor utilização dos recursos hospitalares e da comunidade na recuperação em saúde.

É importante destacar que o planejamento da alta deve ocorrer o mais rápido possível, desde a admissão do paciente na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, com estabelecimento do plano terapêutico por toda a equipe multiprofissional envolvida na assistência, a fim de possibilitar uma alta segura e de forma responsável, definição do responsável pelo cuidado com o paciente ainda durante o tratamento e assistência prestada na Policlínica e treinamento efetivo deste em todos os cuidados necessários.

Entretanto, considerando que a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis realiza atendimentos e tratamentos de média complexidade, é importante ressaltar que a articulação com a Rede de Atenção à Saúde vai além de garantir as consultas pós-alta do paciente. Mas sim, garantir que a alta seja, não só "responsável", mas também segura, para garantir a adesão do paciente ao tratamento proposto e reduzir a taxa de admissão hospitalar.

Sendo assim, a BHCL irá promover a articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção Básica e a implantação de mecanismos de "compartilhamento do cuidado" da Policlínica visando alternativa às práticas ambulatoriais, como os cuidados pactuados, e para que isto aconteça, apresentamos a seguir, o plano de implementação de Compartilhamento do Cuidado.

A Compartilhamento do Cuidado visa qualificar o paciente e/ou seu cuidador, para que haja adesão ao tratamento proposto, bem como a continuidade deste cuidado pelos equipamentos de saúde, seja a UBS, ambulatório de especialidades ou Centros de Reabilitação, dentre outros.

Os requisitos para a implantação deste processo são:

- ✓ Reversão dos fatores que motivaram a inclusão do paciente no equipamento;
- ✓ Educação do paciente e/ou cuidador, quanto às implicações da sua doença;
- ✓ Educação do paciente e/ou cuidador, quanto a terapia da sua doença;
- ✓ Condições de realizar as atividades de vida diária - AVD e dar continuidade ao tratamento;
- ✓ Conhecer as limitações / restrições do pós-alta;

✓ Saber identificar os sinais de piora e quando procurar a unidade de saúde.

Conhecimento do Problema.

Para mudar esta realidade é necessária a implementação das seguintes ações:

✓ Interdisciplinaridade e multidisciplinaridade no acompanhamento do paciente e cuidador, para identificar as necessidades pós-alta;
✓ Educação eficaz do paciente e família;
✓ Elaboração e acompanhamento de plano terapêutico pós-ambulatorial;
✓ Comunicação eficaz no processo de transição do paciente.

Os elementos necessários para garantir o processo de Compartilhamento do Cuidado e a continuidade do cuidado devem ser cuidadosamente planejados e elaborados, e fazem parte deste processo a elaboração de documentos norteadores, bem como fatores mais subjetivos, a saber:

Plano Terapêutico

Planejamento iniciado precocemente durante a primeiro dia de admissão na policlínica visando garantir a alta no tempo apropriado e serviços pós-alta adequados.

O plano terapêutico bem constituído, reduz o tempo de internação, diminui a taxa de readmissão e consequentemente, aumenta a satisfação do usuário.

No plano terapêutico, dentre outros itens, deve conter:

✓ Data provável de alta atualizada diariamente;
✓ Objetivos e metas descritos e atualizados diariamente, acessível ao paciente e cuidador;
✓ Problemas ativos, com **planos de ação interdisciplinar** descritos no plano assistencial em prontuário;
✓ Planejamento das necessidades pós-alta descrito e acessível;
✓ Educação e orientação realizados ao paciente e/ou cuidador registrados;
✓ Acompanhamento e controle rigoroso em relação a dor, risco nutricional e polifarmácia;
✓ Avaliação das necessidades de modificação ambiental;
✓ Facilitação do acesso dos pacientes aos equipamentos de saúde necessários para a continuidade do cuidado e atendimento às necessidades, como por exemplo, órtese e prótese. E, neste ponto, destacamos a importância da articulação interdisciplinar entre a equipe assistencial, médica e multidisciplinar com a Central de Regulação, para que o paciente tenha alta e os retornos e assistência agendados.

Reconciliação medicamentosa

Processo de verificação da lista de medicações em uma transição de ponto de cuidado, como a alta, para identificar quais medicamentos foram adicionados, descontinuados ou modificados em relação à lista de medicação pré-admissão. Cabe aos profissionais envolvidos na assistência ao paciente as orientações, cabendo ao farmacêutico um papel de grande importância, não só na Compartilhamento do Cuidado, como em toda cadeia medicamentosa e garantia da segurança do paciente.

Importância da reconciliação medicamentosa:

Oportunidade para garantir que o paciente compreendeu quais medicamentos está tomando, como tomá-los e por que necessita deles, ampliando as chances de adesão do paciente e cuidador na terapia proposta.

A BHCL implementa a reconciliação medicamentosa **na alta**, da seguinte forma:

- ✓ Lista completa das medicações de uso continuo;
- ✓ Lista completa de medicações por ocasião da alta;
- ✓ Explicar ao paciente as alterações realizadas e suas razões.

Processo de Alta Responsável/Compartilhamento/Transição do Cuidado

Após a finalização na unidade, do Projeto Terapêutico pactuado, o usuário deverá ser encaminhado, pelo gestor do cuidado, para consulta com o médico da família para realização da alta responsável.

A alta responsável na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis consiste no processo de planejamento e transferência, compartilhamento e/ou transição do cuidado do usuário, de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: orientação aos usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, enfatizando o autocuidado e articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, especialmente a Atenção Básica.

O registro da Alta Responsável deverá ser realizado no prontuário pelo médico da família, que deverá também preencher ficha específica de Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado em duas vias, para entregue ao usuário ou cuidador, e à unidade de referência da Atenção Primária do usuário

Os elementos contidos na filha estão elencados a seguir e podem ser ajustados conforme realidade da Policlínica.

- ✓ Motivo da inclusão na assistência de média complexidade;
- ✓ Achados relevantes da história e exame físico;
- ✓ Achados laboratoriais significativos;
- ✓ Achados radiológicos significativos;
- ✓ Achados significativos em outros exames;
- ✓ Lista de procedimentos realizados e seus achados;
- ✓ Diagnósticos;
- ✓ Condições na Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado;
- ✓ Medicações da Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado;
- ✓ Encaminhamento pós Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado;
- ✓ Resultados pendentes;
- ✓ Limitações / restrições no Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado
- ✓ Cuidados e recomendações para familiares após Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado
- ✓ Relatório simplificado para Atenção Primária

Plano educativo

O plano educativo deve estar presente nas orientações diárias da equipe envolvida no tratamento do paciente, desde a admissão. Nele estão contidas todas as informações necessárias para garantir não só a adesão ao tratamento pós-alta, mas em torná-lo apto para assumir sua responsabilidade no seu autocuidado (ou de seu cuidador).

Os itens que devem estar contidos no plano de alta, dentre outros:

- ✓ Diagnóstico, implicações da doença nas AVD e restrições;
- ✓ Alimentação adequada à doença;
- ✓ Orientação e agendamento dos serviços a que deve retornar/ procurar;
- ✓ Terapia medicamentosa: medicamentos, horários e orientações gerais sobre os medicamentos;
- ✓ Sinais e sintomas de piora e quando retornar à unidade de urgência e emergência.

Checklist de alta

Ferramenta de gestão, e que deve ser preenchida pelos profissionais, contendo todos os passos para garantir que a Compartilhamento do Cuidado e Segura, foram cumpridos.

Alguns itens que compõe este documento:

- ✓ Entrega do Plano Educativo, com as orientações realizadas;

- ✓ Entrega de receitas e orientações impressas;
- ✓ Orientação sobre as consultas agendadas de retorno na Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Entrega de resumo de alta, preenchido com todas as informações importantes para a continuidade da assistência pela Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Entrega dos resultados dos exames realizados (ou data de retirada);
- ✓ Assinatura do paciente.

O monitoramento será feito pela análise do seguinte indicador:

Ação 01: Monitorar a realização da contrarreferência /Compartilhamento/Transição do Cuidado do usuário pela rede ambulatorial especializada para as UBS / ESF, pela identificação de relatório impresso de referência e contrarreferência x lista de pacientes com alta enviada pelo Serviço de Especialidade conforme fluxo previamente estabelecido.

Objetivo: acompanhar e identificar o déficit de contrarreferência para reorganização e qualificação do processo de trabalho.

Periodicidade: trimestral

Encaminhamentos:

- Estabelecer fluxo de envio da relação de usuários com Alta Responsável /Compartilhamento/Transição do Cuidado do Serviço de Especialidades para as UBS / ESF conforme a realidade e possibilidades locais;
- Implementar instrumento contendo relação dos usuários encaminhados para as Especialidades para acompanhar o retorno / alta, conforme realidade e possibilidades locais;
- Orientar os profissionais da rede ambulatorial especializada sobre a importância de realização da contrarreferência do usuário para UBS / ESF com relatório dos profissionais;
- Promover encontros sistemáticos entre profissionais da Atenção Básica, Especializada e de Urgência/Emergência fortalecendo a integração entre os profissionais e os serviços.

Este processo será acompanhado pelo Núcleo Interno de Agendamento - NIA e Gestor do Cuidado responsável pelas Linhas de Cuidado.

COMO FAZER O COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO?

A articulação das Redes de Atenção à Saúde no SUS é de essencial importância para que os usuários possam estar acessando seus vários serviços de modo a respeitar o princípio da

equidade. A proposta deve ser adaptada à realidade dos serviços, mas pode ser seguido alguns Passos básicos para essa construção:

1º PASSO – Mapear o perfil dos indivíduos atendidos no serviço de saúde.

2º PASSO – Definir critérios de compartilhamento de cuidado do serviço.

2º PASSO – Definir equipe mínima de compartilhamento do cuidado.

3º PASSO – Discutir casos com a equipe assistente na AE e preparar Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou Relatório.

4º PASSO – Criar planilha de gerenciamento dos casos a serem compartilhados.

5º PASSO – Selecionar os usuários para compartilhamento do cuidado nas RAS Identificar a rede de APS do território do paciente.

6º PASSO – Convidar os usuários(as) e/ou seu responsável legal para participar do projeto.

7º PASSO – Realizar contato com a equipe de referência da APS para apresentar a proposta de construção de um cuidado compartilhado.

8º PASSO – Selecionar profissionais de referência para o caso, na APS e na AE. Em alguns casos é possível que o serviço como um todo se coloque como referência.

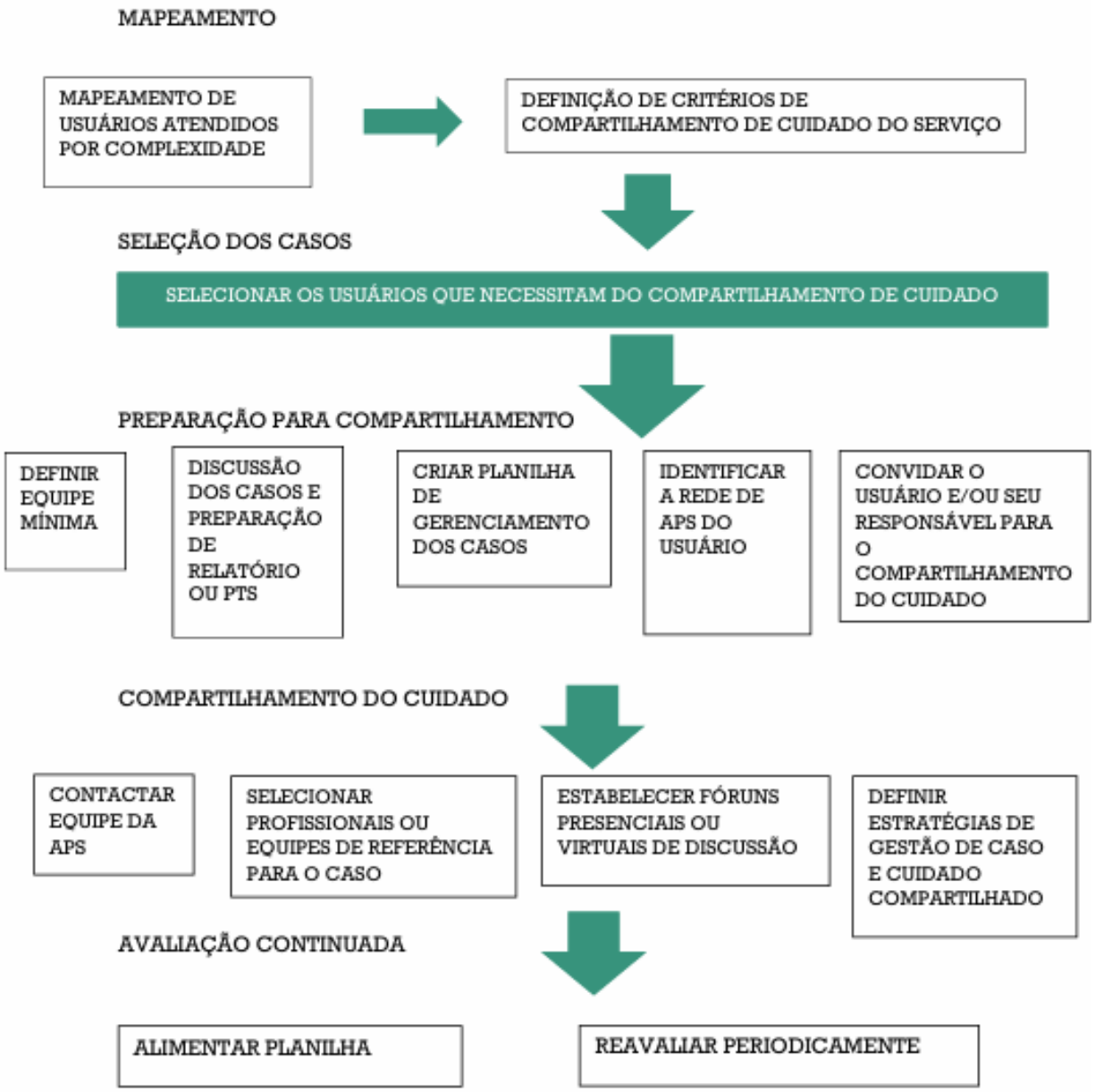
9º PASSO – Definir estratégias de gestão de caso e de cuidado compartilhado

10º PASSO – Estabelecer fóruns presenciais e/ou virtuais para discussão dos casos em rede (APS e AE). A maneira mais frequentemente usada é o contato via telefone ou e-mail para apresentar o caso. Em algumas situações é possível a ida das equipes à outra unidade, o atendimento conjunto e o matriciamento.

11º PASSO – Alimentar a planilha de compartilhamento dos casos de acordo com as demandas identificadas

12º PASSO – Reavaliar periodicamente o compartilhamento de cuidado

FLUXOGRAMA PROJETO CUIDADO COMPARTILHADO – POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Área Técnica da Gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, na articulação do cuidado

A Área Técnica da equipe de gestão da Policlínica Estadual organizará as ações de cuidado por área de conhecimento Enfermagem, Farmácia, Equipe Multiprofissional e Medicina e em linhas de cuidados priorizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás – SES-GO.

A equipe técnica da BHCL e da Policlínica Estadual tem como principal objetivo dar suporte aos profissionais técnicos assistenciais que atuam nos setores da Policlínica, através de discussões qualitativas a respeito das práticas assistenciais, fomento de novas práticas, implantação de diretrizes, construção de fluxos, protocolos, *guidelines* e apoio durante capacitações/atualizações.

No apoio ao alcance das metas estabelecidas, a área técnica tem como objetivos:

● Estabelecer diretrizes técnicas relativas aos processos de trabalho e exercício profissional e acompanhar a sua implementação;

● Apoiar os setores nas questões técnicas relativas ao exercício profissional e na implementação das diretrizes estabelecidas pela SES/GO, Conselhos de Classe e Assessoria da OS;

● Representar a instituição/categoria, junto aos Conselhos de Classe;

● Fomentar e implementar ações que visem a integração dos diversos serviços que integram os Sistema Local de Saúde;

● Analisar, avaliar e acompanhar a qualidade das atividades desenvolvidas nas unidades por meio de indicadores e o impacto das ações implementadas no perfil epidemiológico da região;

● Realizar interlocução entre a OS e as áreas técnicas da SES/GO;

● Participar de reuniões e fóruns técnicos, internos e externos, representando a área e/ou a instituição;

● Discutir com equipes de serviços operacionais e administrativos detalhes técnicos relativos à atividade desenvolvida e participar na elaboração/avaliação de Contratos;

● Acompanhar junto aos gestores de setor da Policlínica Estadual, o desempenho de empresas prestadoras de serviços de assistência à saúde, emitindo parecer técnico a respeito da prestação, para fins de apoio aos processos de gestão de contratos e financeiro, para endosso ou não, de pagamentos e/ou sanções necessárias;

● Contribuir na elaboração de materiais e peças de comunicação para divulgação de atividades e documentos técnicos;

● Dar apoio aos demais processos e áreas da Policlínica Estadual, em todos os assuntos que envolvam questões técnicas.

● Analisar/avaliar relatórios técnicos emitidos pela Policlínica Estadual à outras instâncias, com a finalidade de garantir documentos técnicos adequados à política/diretriz institucional.

Essas ações contribuem para o alcance das metas de Produção e Qualidade permitindo que o atendimento vá ao encontro das necessidades do paciente da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Reunião das Equipes de Regulação/Agendamento

Deverão ser realizadas reuniões bimensais com toda a equipe de regulação/agendamento da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, a fim de discutir temas referentes à organização do setor, aos processos de trabalho, às novas diretrizes, às informações relativas aos sistemas de agendamentos, aos novos protocolos para inserção das guias de encaminhamentos nos referidos sistemas, à integração e à troca de conhecimento entre os administrativos responsáveis pela regulação.

Neste espaço, deve ser apresentada a fila de espera de cada área e a fila de espera geral. Após a avaliação desta demanda, serão propostas ações a fim de agilizar o processo de agendamento e diminuição do absenteísmo na região.

Estratégias para Redução do Absenteísmo

Deverá ser informado, mensalmente, aos setores da Policlínica Estadual, o relatório total de absenteísmo gerado nas consultas, exames e procedimentos agendados.

De posse destes dados, os reguladores locais devem intensificar as orientações e sensibilizar os pacientes quanto à importância de comparecer ao local, data e horário marcado e que, em caso de desistência, o cidadão deve entrar em contato com a regulação da unidade para cancelamento do agendamento.

Destacando sempre que, esta atitude visa disponibilizar a vaga para outros pacientes da lista de espera e favorecer o bom andamento dos serviços. O usuário deverá ser contatado com antecedência, para que possa dispor de tempo hábil para se programar, a fim de comparecer à consulta/exame agendado.

Monitoramento das Ações Regulatórias

O processo de trabalho das regulações será monitorado periodicamente, de modo a subsidiar as ações de regulação, planejamento, controle e avaliação da regulação regional e dos próprios serviços de saúde. Para tanto, serão utilizadas estratégias para o monitoramento e avaliação, os instrumentos de coleta de dados, bem como as ferramentas para análise. Utilizar-se-á, para esse fim, o Sistema de regulação definido pela SES/GO.

Buscar-se-á relatórios dos tipos de consultas/procedimentos e relatórios específicos para coletar informações qualificadas que permitam detectar as reais situações e problemas, permitindo desta forma o apontamento de soluções, sempre no sentido de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

Ações Propostas

Com vistas a apresentar a organizar o processo regulatório e sistematizar as atividades e ações da área, a equipe responsável deverá:

● Promover capacitação contínua para a equipe de auxiliares administrativos responsáveis pela inserção das guias de encaminhamentos no sistema de regulação e abordagem em treinamento de toda a rotina administrativa referente ao setor de regulação.

● Reforçar os processos internos do setor de regulação local com base nas diretrizes de regulação da assistência da SES/GO.

● Monitorar os encaminhamentos às especialidades, objetivando a coordenação do cuidado entre os pontos de atenção da rede.

● Promover estratégias que visam diminuir o absenteísmo na unidade, otimizando a utilização dos recursos e garantindo a ampliação do acesso a todos os cidadãos.

● Promover reuniões para discussões, reavaliações e planejamento de ações a serem desenvolvidas, com foco na qualificação e ampliação do acesso.

● Monitorar e elaborar, quando necessário, planilhas para controles específicos.

● Promover reuniões com os todos os atores envolvidos no processo regulatório, sempre que se fizer necessário, visando garantir a coordenação do cuidado.

● Apresentar a planilha de demanda reprimida mensalmente para a equipe técnica da Policlínica Estadual e da SES/GO.

● Avaliar e divulgar os resultados em reuniões gerais da Policlínica Estadual e nas reuniões com a SES/GO.

Organização Geral do Núcleo Interno de Agendamento – NIA

Regulação e Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado é parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa. Quando é realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário organiza, coordena e integra esses cuidados, já que estes frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

O Núcleo Interno de Agendamento (NIA) da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, utilizando-se de todo o conjunto de relações, tecnologias e ações, deverá viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, às consultas especializadas e ao Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de forma humanizada, oportuna e organizada, buscando atender desta forma a necessidade de saúde do usuário.

Desta forma, busca-se proporcionar o acesso do usuário ao atendimento, através da oferta dos recursos disponibilizados (consulta/exame). Para tanto, por meio do setor de

regulação/AGENDAMENTO, será organizada as solicitações de consultas e procedimentos, ordenando por prioridade, devendo:

- realizar o agendamento;
- emitir a confirmação do agendamento;
- comunicar ao usuário
- emitir e analisar os relatórios de acompanhamento da fila;
- Implementar estratégias para a redução do absenteísmo na região.

O Núcleo Interno de Agendamento (NIA) da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, contará com funcionários exclusivos e dedicados a esta atividade. Os profissionais deverão ter nível de escolaridade médio, senha pessoal de acesso ao sistema, atendendo aos usuários durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Caberá aos responsáveis técnicos médicos e de enfermagem dos setores da Policlínica Estadual realizar o acompanhamento e supervisão das atividades do setor de regulação, monitorando desde a inserção do paciente na fila de espera até a sua saída, priorizando conforme necessidade, munidos dos relatórios fornecidos pelos sistemas da área.

Será realizado a avaliação dos dados, o acompanhamento das ações e atividades desenvolvidas pelos reguladores locais e a identificação das dificuldades nos agendamentos, visando desta forma, manter a sintonia entre as ações dos membros da equipe de saúde em conjunto com a equipe administrativa.

O Núcleo de Agendamento Interno terá um papel crucial na otimização do fluxo de pacientes, principalmente aqueles que vêm de localidades diversas. Algumas ações propostas para o núcleo incluem:

Integração do Agendamento e Atendimento: O núcleo será responsável por alinhar os horários de consulta, exames e procedimentos, evitando que o paciente tenha que se deslocar diversas vezes à unidade. A prioridade será dada aos pacientes que moram em localidades distantes, minimizando suas localizações e garantindo um atendimento eficiente em um único dia, sempre que possível.

Central de Comunicação Ativa: Será criada uma central de comunicação para entrar em contato com os pacientes e acompanhantes antes do atendimento, confirmando o agendamento, orientando sobre os documentos necessários e informando sobre qualquer alteração no horário, evitando esperas desnecessárias.

Monitoramento do Tempo de Espera: O núcleo será responsável por monitorar o tempo de espera entre consultas, exames e outros procedimentos, de forma proativa para organizar

fluxos mais ágeis. Isso inclui ajustar os horários conforme a disponibilidade da equipe médica e a carga de atendimentos do dia.

As atribuições do Núcleo Interno de Agendamento (NIA) da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, serão:

- Receber as solicitações de consultas e procedimentos;
- Ordenar as solicitações por prioridade (clínica, cronológica);
- Agendar, emitir a confirmação do agendamento e providenciar a comunicação ao usuário;
- Acompanhar e monitorar o Processo de Alta Responsável /Compartilhamento /Transição do Cuidado, em conjunto com o Gestor do Cuidado da Policlíncia;
- Emitir e analisar relatórios;
- Implementar estratégias para redução do absenteísmo;
- Monitorar a realização da contrarreferência /Compartilhamento/Transição do Cuidado do usuário pela rede ambulatorial especializada para as UBS / ESF, pela identificação de relatório impresso de referência e contrarreferência x lista de pacientes com alta enviada pelo Serviço de Especialidade conforme fluxo previamente estabelecido.
- Acompanhar e identificar o déficit de contrarreferência para reorganização e qualificação do processo de trabalho.

5. QUALIDADE TÉCNICA

Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins.

5.1 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

Demonstramos nossa experiência mediante a apresentação de documentos legalmente reconhecidos, na gestão de Equipamentos de Saúde, anexados neste Plano de Trabalho, comprovando nossa experiência na execução de serviços de saúde, constituídos por Atestados de Capacidade Técnica, expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, contendo: identificação da pessoa jurídica emitente; nome e o cargo do signatário; timbre do emitente; período de vigência do atestado ou do contrato e objeto contratual que descreve as atividades.

5.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiência da BHCL na gestão de Hospitais com quantidade de leitos igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos, estão relacionados a seguir, e apresentados em **Anexo 3**.

5.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiência da BHCL na gestão de Hospitais com quantidade de leitos igual ou superior a 50 leitos, estão relacionados a seguir, e apresentados em **Anexo 4**.

5.1.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiência da BHCL na gestão de policlínicas/ AME/ clínica especializada ou similar, estão relacionados a seguir, e apresentados em **Anexo 5**.

5.1.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO

Apresentação de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social CEBAS, dentro da validade, em conformidade com a Legislação vigente

O Certificado encontra-se em **Anexo 12**.

5.1.5 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

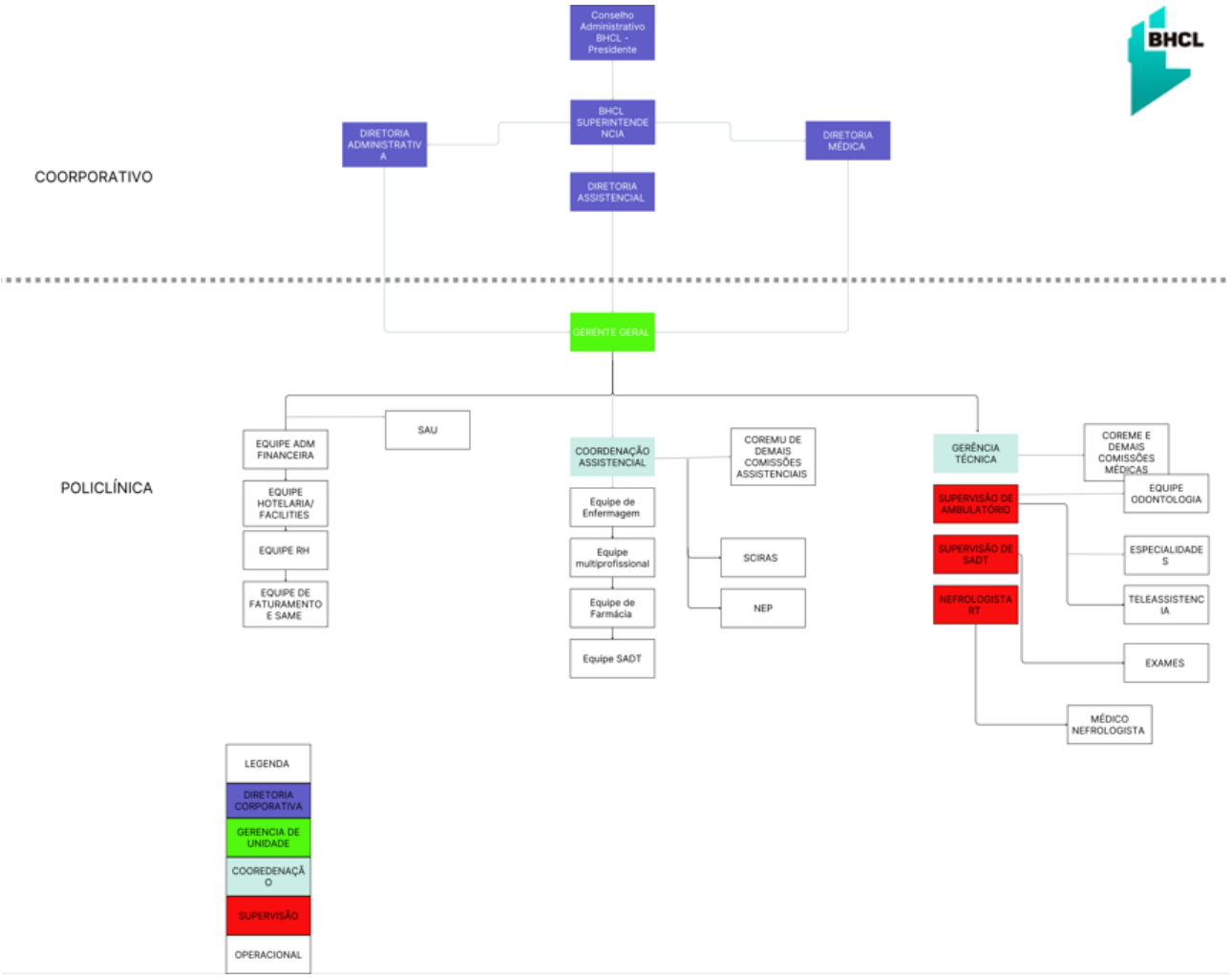
O organograma tem o objetivo de departamentalização da unidade, para organizá-la de forma otimizada e obter resultados mais relevantes.

Quando há uma organização clara os colaboradores conhecem, com exatidão, a sua função e a quem se reportar.

Além disso, os treinamentos podem ser programados e realizados de acordo com a necessidade e objetivo de cada departamento.

A seguir, apresentamos proposta de organograma para da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

5.1.5.1 Apresentação do Organograma da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis



5.1.5.2 Definição das competências de cada membro do corpo diretivo

- **Competências e Atribuições do Gerente Geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**

Cargo: Gerente Geral/administrativo

Se reporta à: Diretoria Administrativa da BHCL

Competências Técnicas:

1. Normas de segurança no trabalho;
2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;

3. Gestão de pessoas e processos;
4. Gestão de Custos;
5. Ferramentas da Qualidade;
6. NR- 32 (desejável);
7. Pacote Office Avançado.

Competências Comportamentais

1. Inteligência emocional;
2. Administração do tempo;
3. Relacionamento humanizado;
4. Visão sistêmica;
5. Foco no resultado;
6. Ética e honestidade;
7. Direcionador de soluções;
8. Foco no cliente interno e externo;
9. Tomada de decisão sob pressão;
10. Gerenciador de crise e conflito;
11. Gestão de Pessoas.

Treinamentos exigidos

1. Integração
2. Sistema de gestão
3. Regulamento, Regimento, Manuais e Protocolos internos
4. NR 32

Acessos necessários

1. Sistema;
2. E-mail;
3. Internet;
4. Pasta da área.

Atribuições

✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e da Policlínica;

- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar a Policlínica, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores da Policlínica, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Policlínica atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, às necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos

setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar a Policlínica frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, às necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias da Policlínica e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Coordenador Administrativo;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

- **Atribuições do Coordenador Assistencial da Policlínica Estadual**

  Cargo: Coordenador Assistencial

  Se reporta a: Diretoria Assistencial da BHCL

  Competências Técnicas:

  1. Normas de segurança no trabalho
  2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação
  3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde
  4. Gestão de pessoas e processos
  5. Gestão de Custos
  6. Ferramentas da Qualidade
  7. NR- 32 desejável
  8. Pacote Office Intermediário

  Competências Comportamentais

  1. Inteligência emocional

2. Administração do tempo
3. Relacionamento humanizado
4. Visão sistêmica
5. Foco no resultado
6. Ética e honestidade
7. Direcionador de soluções
8. Foco no cliente interno e externo
9. Tomada de decisão sob pressão
10. Gestão de Pessoas
11. Gerenciador de crise e conflito

Treinamentos exigidos

1. Integração
2. Sistema
3. Regulamento, Manuais, Regimento, Procedimentos e Protocolos Internos
4. NR 32

Acessos Necessários

1. E-mail
2. Internet
3. Sistema
4. Pasta da área

Atribuições

✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e da Policlínica Estadual;

✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";

✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;

✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

✓ Gerenciar a área assistencial, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e POP;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Participar da elaboração do planejamento estratégico da Policlínica Estadual, contribuindo com sugestões de sua área de atuação a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua Coordenação e com as demais áreas;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da área assistencial atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, às necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência humanizada e de qualidade;

✓ Planejar as atividades assistenciais, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;

✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades das equipes assistenciais;

✓ Estabelecer sistemas de supervisão na área multiprofissional, associando-os aos processos de controle e educação.

- **Atribuições do Gerente Técnico da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis**

  Cargo: Gerente Técnico

  Se reporta a: Diretor Médico da BHCL

  Competências Técnicas:

  1. Normas de segurança no trabalho;
  2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
  3. Gestão de pessoas e processos;
  4. Gestão de Custos;
  5. Ferramentas da Qualidade;
  6. NR- 32 (desejável);
  7. Pacote Office Avançado.

  Competências Comportamentais

  1. Inteligência emocional;
  2. Administração do tempo;
  3. Relacionamento humanizado;
  4. Visão sistêmica;
  5. Foco no resultado;
  6. Ética e honestidade;
  7. Direcionador de soluções;
  8. Foco no cliente interno e externo;
  9. Tomada de decisão sob pressão;
  10. Gerenciador de crise e conflito;
  11. Gestão de Pessoas.

  Treinamentos exigidos

  1. Integração
  2. Sistema de gestão
  3. Regulamento, Regimento, Manuais e Protocolos internos

4. NR 32

Acessos necessários

1. Sistema;
2. E-mail;
3. Internet;
4. Pasta da área.

Atribuições

✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e da Policlínica Estadual;

✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";

✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;

✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

✓ Administrar a Policlínica Estadual, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e protocolos clínicos;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências e estiverem sob sua demanda;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua Gerência e com as demais áreas;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da Policlínica Estadual atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, às necessidades dos serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistema de avaliação de pessoal contínua;

✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;

✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;

✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;

✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.

✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;

✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;

✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;

✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.

5.1.6 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

As titulações dos membros atuais dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 13** e a DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE- Manifestação do profissional e interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do no **Anexo 18.**

5.1.7 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

A comprovação de experiência dos membros atuais dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 14** e a DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE- Manifestação do profissional e interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do no **Anexo 18.**

5.1.8 Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento.

A comprovação de experiência dos membros atuais dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 15** e a DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE- Manifestação do profissional e interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do no **Anexo 18.**

5.2 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar

5.2.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário

Os médicos serão contratados para prestar os atendimentos, e o contrato será firmado na modalidade Pessoa Jurídica – PJ.

O quadro de dimensionamento médico por área e especialidade está apresentado no Quadro de Dimensionamento de Pessoal, que segue na planilha de **Dimensionamento de Recursos Humanos, apresentado em Anexo 16.**

5.2.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada

Os protocolos assistenciais de atenção médica estão descritos no Manual de Protocolos Clínicos, elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 10.**

5.2.3 Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica

A BHCL se compromete a, mensalmente, proceder com o informe, junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, do quantitativo de atendimento realizado na Policlínica.

METAS DE PRODUÇÃO

São considerados como metas de produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes:

- Consultas Médicas Especializadas;
- Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (sessões/tratamentos);
- Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- Práticas Integrativas e Complementares – PIC;
- Serviço de Assistência Especializada – SAE – Grupo 12;
- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;
- Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- Centro Especializado em Odontologia (CEO I);
- Serviços Dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal);
- Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual (para efeito de acompanhamento)

A seguir apresentaremos as metas definidas no Instrumento de Chamamento Público em comento:

- **Consultas Médicas especializadas:**

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Interconsulta e Consulta Subsequente, observados os seguintes critérios:

- I - 35% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;
- II - 65% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de Interconsulta e consultas subsequentes (retornos);

Quadro. Total mensal de consultas médicas

Consultas Médicas	Meta Mensal
Total	**2.800**

Para a composição do quantitativo das vagas destinadas à realização de Primeira Consulta (Externo) por especialidade, analisou-se a média mês de solicitações de atendimentos no sistema de Regulação Estadual, como outras variáveis (Região de saúde, perfil da unidade, agendamentos, perda primária, ofertas em outras unidades e capacidade instalada), conforme demonstrativo abaixo

Quadro. Estimativa empregada para consultas médicas ambulatoriais de Primeira Consulta (Externo) por especialidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Especialidades Médicas	Meta Mensal
Anestesiologia	Demanda Interna
Angiologia/Cirurgia Vascular	30
Cardiologia	50
Coloproctologia	40
Clínico Geral – linha do cuidado	Demanda Interna
Dermatologia	110
Endocrinologia	70
Gastroenterologia	30
Ginecologia	60
Hematologia	20
Infectologia	10
Mastologia	40
Nefrologia	50
Neurologia	70
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	20
Oftalmologia	350
Ortopedia/Traumatologia	100
Otorrinolaringologia	130
Pediatria	30
Pneumologia	40
Psiquiatria	30
Reumatologia	80
Urologia	70

- **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)**

O Estabelecimento de Saúde deverá disponibilizar consultas multiprofissionais e processos terapêuticos de média duração para usuários egressos da própria Unidade.

A equipe multiprofissional mínima a ser mantida na policlínica, será: fonoaudiólogo, Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo.

Quadro. Meta de consultas e processos terapêuticos de média duração

Consulta da Equipe Multiprofissional*	Meta Mensal atual
Total	4.200

*Excetuando consultas odontológicas que possuem metas específicas.

Segue a quantidade geral de oferta da equipe multiprofissional, dividido por tipo de consulta.

Quadro. Meta de consultas e processos terapêuticos de média duração dividido por tipo de consulta

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total no mês
Consulta equipe multiprofissional	1.260	2.940	4.200

- **Serviço de Telessaúde**

A produção do serviço de Telessaúde está relacionada à equipe que ofertar o atendimento: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de Telessaúde também serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária.

- **Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**

Os atendimentos realizados pelo farmacêutico serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre aplicação de auto injetáveis, em concordância com o presente instrumento e será monitorado pela área técnica específica da SES-GO.

Quadro. Meta Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do CEAF

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 5% dos processos atendidos no mês

- **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**
-

Quadro. Meta dispensação de medicamentos do CEAF

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

- **Práticas Integrativas e Complementares – PIC**

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional, não ultrapassando 10% da meta total de consultas médicas ou atendimento multiprofissional.

Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e consultas subsequentes.

- **Serviço de Assistência Especializada - SAE - GRUPO 12**

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Porém, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem**.**

- **Procedimentos ambulatoriais**

Apesar de não comporem metas para procedimentos ambulatoriais, serão considerados para fins de precificação, uma vez que a unidade realiza procedimentos provenientes de demanda interna da unidade, e deverão ser informados para acompanhamento.

- **Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial**

Os atendimentos dos profissionais do serviço especializado do processo transexualizador estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe

multiprofissional, porém fica estabelecida uma produção mínima da equipe conforme o quadro abaixo:

Quadro. Produção mínima equipe especializada do processo transexualizador

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualizador*		
Médica	Multiprofissional	Total
15 consultas	35 consultas	50 consultas

Essa produção deverá ser informada separadamente para efeito de acompanhamento, já que comporá a meta geral de consultas

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT**
  Serão considerados como Metas de Produção os SADT para atendimento Externo.

Quadro - Metas de SADT Externo da P Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

SADT Externo	Meta Mensal
Análises Clínicas[1]	Demanda Interna
Audiometria	5
Cistoscopia	5
Colonoscopia	80
Colposcopia	20
Densitometria Óssea	50
Doppler Vascular	100
Ecocardiografia	80
Eletrocardiografia	10
Eletroencefalografia	15
Eletroneuromiografia	40
Endoscopia	140
Espirometria	20
Exames Oftalmológicos [2]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	40
Mamografia[3]	200
MAPA	30
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama*	5
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide *	10
Punção aspirativa por agulha grossa*	5
Radiologia	70
Teste Ergométrico	30
Tomografia	500
Ultrassonografia [4]	120
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10
Total de ofertados por mês	**1.595**

- **Centro Especializado em Odontologia (CEO I)**

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento à Pessoa com Necessidades Especiais - PNE. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com a s Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017

Quadro - Meta de Consultas Odontológicas

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	180
Consultas Subsequente	270
Total	450

Quadro. Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade

Especificação	Quantitativo mensal	Observação
Procedimentos básicos	80	Códigos SIGTAP dos procedimentos básicos para pessoas com deficiência ou condições especiais[1]
Periodontia	60	Códigos SIGTAP referente à Periodontia[2]
Endodontia	35	Códigos SIGTAP referente à Endodontia
Cirurgia Oral	80	Códigos SIGTAP referente à Cirurgia Oral

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096, retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

- **Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)**

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários às respectivas terapias, conforme descrito na Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde.

Quadro. Meta de produção mínima TRS

Terapia Renal Substitutiva	Quantidade
Sessões Hemodiálise: considerando 3 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	546
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 10 dias de treinamento) - Totalizando 40 sessões
A unidade conta com 07 cadeiras.	

- **Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual**

Quadro. Média mensal de distância percorrida transporte de pacientes

Transporte	Qtd. de Veículos	Média Mensal de distância percorrida
Van	3	15.000 Km

INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

Quadro. Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta mensal
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

5.2.3.1 Metodologia para o monitoramento das metas e dos indicadores de qualidade e de desempenho

O conjunto de indicadores selecionados e descritos será analisado diária e mensalmente, e a partir do monitoramento, serão adotadas ações corretivas, e elaborado plano de ação para que ações preventivas sejam implementadas.

As ações corretivas são realizadas considerando-se as etapas envolvidas no processo relacionado ao indicador através de planos estratégicos (definição e descrição de problemas, priorização de nós críticos, elaboração de ações corretivas e de melhoria) com o objetivo de reorganizar processos de trabalho buscando o aperfeiçoamento da qualidade, humanização e da eficácia das ações e serviços, considerando as questões apontadas pelos usuários.

É importante ressaltar que as ações corretivas realizadas geram análises dos resultados das ocorrências. O conhecimento da causa que levou a uma não conformidade permite que ações preventivas sejam providenciadas, para garantir a qualidade da assistência oferecida e a satisfação do usuário.

O monitoramento estará sob a responsabilidade do Gerente Administrativo da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Ele deve trabalhar em conjunto com Coordenadores Médicos e de Enfermagem, equipe de Educação Permanente, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (CCIRAS), Comissão de Prontuários, entre outras, e com as equipes de trabalho para desenvolver ações específicas junto aos setores envolvidos. Para elaboração de plano de ação, serão descritos relatórios com análise estatística da situação, para direcionar os gestores na tomada de decisão e desenvolver ações corretivas e preventivas.

Os resultados do monitoramento serão registrados nos respectivos Sistemas de Informação e divulgados através de relatórios de prestação de contas. A produção de relatório contendo a demonstração e avaliação dos indicadores selecionados terá periodicidade mensal e apresentará a situação de cada setor da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

5.2.3.2 Plano de ação para monitoramento de metas e indicadores utilizando a ferramenta PDCA

É uma metodologia, composta de 4 passos, muito utilizada para o processo de melhoria contínua, e estruturado em 4 fases:

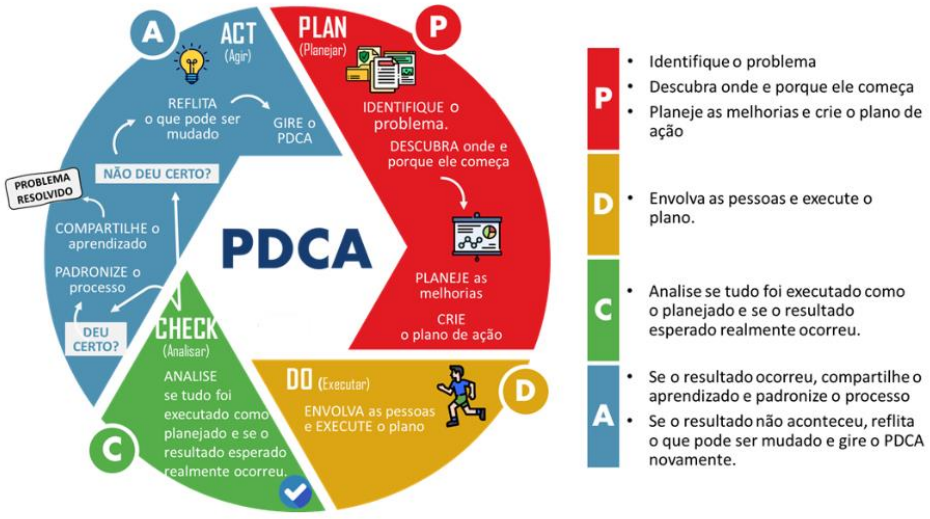
- ✓ **Plan (Planejar):** é nessa etapa que o problema é identificado. Depois disso, descubra onde e porque ele começa e, na sequência, planeje as melhorias e crie o plano de ação.
- ✓ **Do (Fazer):** nessa etapa você deve envolver as pessoas e executar o plano.
- ✓ **Check (Analisar):** nessa etapa você deve analisar se todas as ações foram executadas conforme o planejamento e se o resultado esperado foi obtido.

✓ **Act (Agir):** se o resultado ocorreu, compartilhe o aprendizado e padronize o processo. Se o resultado não aconteceu, reflita o que pode ser mudado e gire o PDCA novamente.

As fases do PDCA são realizadas em ciclos, ou seja, a última fase se conecta com a primeira sucessivamente até que o objetivo e resultados sejam alcançados.

Se porventura, o objetivo inicial for a melhoria contínua, ao atingi-la, a premissa é que novo objetivo seja traçado, para garantir esta continuidade.

Figura. Ciclo do PDCA



A BHCL adota esta ferramenta, que se mostra extremamente eficaz e garante os seguintes benefícios:

✓ melhoria contínua
✓ solução eficaz de problemas
✓ aumento da eficiência
✓ melhoria da qualidade
✓ envolvimento da equipe
✓ tomada de decisão informada

5.2.4 Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviço compatível com o perfil da unidade licitada.

Os protocolos estão descritos no Manual de Protocolos Assistenciais de atenção não médica (equipe multiprofissional, incluindo enfermagem), elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 11.**

5.3.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

A demanda por serviços sociais é cada vez mais crescente diante das múltiplas expressões da questão social resultante das redefinições no mundo do trabalho.

Quando se pensa na atividade de serviço social, é impossível dissociá-la do bem estar da coletividade.

Deste modo, cabe ao Assistente Social contribuir com a qualidade de vida e na saúde do usuário da Policlínica Estadual, além claro dos seus familiares.

O assistente social, traz consigo a competência da busca da justiça social, almejando sempre assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas e Políticas Sociais, bem como a sua gestão democrática. Aliás, trata-se esta competência, da busca pela observância aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde

Nesse cenário, é necessário que o Serviço Social desenvolva propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos. Portanto, é nessa perspectiva, que o Serviço Social, ao buscar uma sintonia com a forma de gestão, com novas exigências e conceitos, tem por desafio trabalhar as alternativas e possibilidades para o trabalho profissional e traçar metas para formulação de propostas que façam frente às diferentes demandas.

Horário de Atuação:

Na Policlínica Estadual, os profissionais do Serviço Social, atuarão na integralidade da carteira de serviços da unidade, nas 12 (doze) horas de funcionamento diário, de segunda à sexta, em turnos de 6 (seis) horas, cumprindo jornada de trabalho semanal de 30 horas nos termos da Lei n º 12.317/2020, e quando necessário, e se for o caso, será realizada escala especial para cobrir os Setor de Hemodiálise que funciona aos sábados.

Estrutura organizacional

O Setor de Serviço Social subordina-se à Coordenação Assistencial da Policlínica Estadual, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar projetos socioeducativos da área de sua abrangência.

Atribuições Gerais:

a) Participar na formulação da política social da Instituição, contribuindo para a humanização hospitalar, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados;
b) Acompanhar todas as fases de casos de violência;
c) Representar o serviço nas atividades e reuniões da instituição;
d) Discutir com a Direção os assuntos inerentes à dinâmica do serviço;
e) Elaborar escalas de atividades e férias para o pessoal em exercício;
f) Elaborar relatórios das atividades do setor (mensal e anual);
g) Interagir com as demais coordenações para melhor viabilização de todos os processos da unidade;
h) Responsabilizar-se pelo controle e conservação dos bens patrimoniais;
i) Assessorar o Gerente Geral e Gerente técnico no âmbito de Serviço Social;
j) Delegar atividades à equipe de colaboradores do Serviço Social

Normas e Rotinas

O Assistente Social receberá o plantão ao final do turno e o plantonista que assumir deve proceder à leitura do relatório do plantão anterior para:

a) Tomar conhecimento dos casos pendentes;

b) Dar encaminhamento aos casos em processo de resolução;

c) Verificar a existência de óbitos não resolvidos, existindo, dar prioridade e proceder de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito.

Atendimento a familiares ou responsáveis com a finalidade de:

a) Orientá-los acerca da rotina e dinâmica da unidade, estabelecendo ligação entre a equipe interdisciplinar e a família;

b) Sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de sangue;

c) Orientar familiares quanto às normas e regulamentos da Policlínica Estadual.

O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto às questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado na Policlínica Estadual, atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação. A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento "Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde".

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório, Hemodiálise e SADT:

Tal documento visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatorial e SADT.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
- Acolher os usuários e seus familiares;
- Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
- Acompanhar o início das atividades dos setores;
- Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
- Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
- Acompanhar sistematicamente os usuários que estão se submetendo a sessões de hemodiálise/diálise, fortalecendo vínculos, identificando necessidades, orientando e encaminhando sempre que preciso;
- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;
- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

Como peça chave da Linha de Cuidado, tem a função de :

- Realizar avaliação social dos pacientes encaminhados das Linhas de Cuidado (cardiometabólica, pré natal e pediatria);
- Fazer articulação com serviços de assistência social e saúde do território de residência do paciente (informações sobre encaminhamentos, contra referências, buscas ativas);
- Orientar sobre direitos, programas sociais e outras políticas assistenciais;
- Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

- Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTE e avaliações multiprofissionais necessárias;
- Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência/alta responsável/compartilhamento do cuidado/transferência do cuidado ao serviço de origem.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO ATÍPICO DE ÓBITO NA POLICLÍNICA:

Ainda que não seja o perfil da unidade, vez não realizar internação, nem procedimentos de maior porte, é possível, atipicamente, que durante um procedimento ou exame, ocorra alguma situação inesperada de óbito na unidade. Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos sérvios disponíveis na rede de apoio social;
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 16**.

5.3.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

O manual com os procedimentos específicos para a equipe multiprofissional encontra-se apresentado em **Anexo 11**.

O cuidado em saúde com o usuário, como é o caso do modelo da Policlínica Estadual, exige que o paciente seja visto e assistido sobre um enfoque multiprofissional e de maneira interdisciplinar.

Nesse sentido, definir atribuições gerais ao corpo de colaboradores multiprofissionais, de forma a padronizar as situações e modos operacionais, e sobretudo garantir assistência segura aos pacientes é uma preocupação dessa proponente.

Compete ao serviços assistenciais:

I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;

II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;

III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;

IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;

V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;

VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;

VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;

VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;

IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;

X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;

XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;

XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

A equipe multiprofissional da Policlínica contará com a liderança e suporte de uma subcoordenação multiprofissional, que será coordenada por um profissional graduado na área da saúde.

Á essa subcoordenação estará vinculada às seguintes áreas multiprofissionais:

- Psicologia
- Serviço Social
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Farmácia
- Nutrição
- Odontologia

• Enfermagem

Caberá à subcoordenação multiprofissional:

I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;

II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;

III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

V- Incentivar o uso de sistema informatizado da Policlínica, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;

VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

=> A Subcoordenação multiprofissional subordina-se à Coordenação Assistencial.

Cabe à equipe multiprofissional da Policlínica Estadual:

I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;

II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;

III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;

V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 6 (seis) horas, de 7 às 13 hs e 13 às 19hs de segunda a sexta-feira, e quando necessário, e se for o caso, será realizada escala especial para cobrir o Setor de Hemodiálise que funciona aos sábados.

5.3.2.1 Instrução para o funcionamento de Fisioterapia

No ambiente ambulatorial, o fisioterapeuta tem como responsabilidade avaliar, desenvolver e colocar em prática os procedimentos para diferentes condições, como por exemplo no pós-operatório, para prevenir as possíveis complicações respiratórias, neurológicas e motoras, paciente na Policlínica Estadual.

Abrangência: Para os pacientes da Policlínica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das avaliações globais da equipe multidisciplinar. Os pacientes nas diversas especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Atribuições

Compete aos Fisioterapeutas:

- ✓ Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
- ✓ Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
- ✓ Solicitar, realizar e interpretar exames complementares como espirometria e outras provas de função pulmonar, eletromiografia de superfície, entre outros;
- ✓ Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico;
- ✓ Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- ✓ Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, entre outros e dentro dos limites estruturais da unidade de saúde;
- ✓ Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- ✓ Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e

capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade do paciente crítico ou potencialmente crítico;

- ✓ Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva;
- ✓ Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;
- ✓ Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo;
- ✓ Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica;
- ✓ Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial;
- ✓ Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia;
- ✓ Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- ✓ Prescrever a alta fisioterapêutica;
- ✓ Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- ✓ Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- ✓ Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.

Normas e Rotinas

a) Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica.
b) O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, inteirando-se de pacientes com prescrição de fisioterapia.
c) Aproximar-se do paciente e explicar os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante.

Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 16**.

5.3.2.2 Instrução para o funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia

A atuação do fonoaudiólogo acontece de forma interdisciplinar, para a promoção, proteção e recuperação da saúde com o objetivo de prevenir e/ou minimizar complicações e sequelas, a partir do gerenciamento da alimentação e da comunicação, de maneira segura e eficaz, através da realização de triagem, avaliação, habilitação e reabilitação das funções orofaciais e da comunicação humana.

Abrangência: Para os pacientes da Policlínica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das avaliações globais da equipe multidisciplinar.

Atividades do Fonoaudiólogo

- ✓ Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiológicas;
- ✓ Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- ✓ Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológicas encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
- ✓ Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;
- ✓ Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
- ✓ Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
- ✓ Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, à articulação e a linguagem oral;
- ✓ Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
- ✓ Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;
- ✓ Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;

- ✓ Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiológicas, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
- ✓ Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 16**.

5.3.2.3 Instrução para o funcionamento do Serviço de Psicologia

O psicólogo atua geralmente seguindo um modelo biopsicossocial, que assim como a abordagem holística busca observar o indivíduo em todos os sistemas com que interage (familiar, social, psicológico, biológico...) simultaneamente e com inter-relações constantes entre elas.

Na área ambulatorial, as atividades e ações do psicólogo são pautadas no aqui e agora, na relação do paciente com o processo de adoecimento. Porém algumas intervenções podem ultrapassar este escopo, frente à outras necessidades psíquicas, e neste caso, o psicólogo deve encaminhar o paciente para atendimento psicoterápico na rede de saúde.

As modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas durante a internação do paciente são:

I- Acolhimento: Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, receber, atender. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. Comumente, é por meio do acolhimento que acontece o primeiro contato entre usuários e familiares e o profissional psicólogo

II- Triagem: Constitui-se numa estratégia que cumpre três objetivos principais: coletar dados pessoais do usuário, identificar sua queixa e realizar uma hipótese diagnóstica. O conjunto dessas informações deve criar um quadro capaz de apontar para um encaminhamento adequado da pessoa em questão e contribuir para a definição do plano terapêutico.

III- Psicodiagnóstico: é o conhecimento de sintomas psíquicos; um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e pode utilizar testes psicológicos em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos

específicos ou para classificar o quadro clínico e prever seu curso possível, comunicando resultados.

IV- Psicoterapia Breve: atua de modo preciso e focal buscando restabelecer patamares aceitáveis de interação social.

V- Atendimento Psicossocial: atuação interdisciplinar do psicólogo juntamente com o assistente social visando diagnosticar o funcionamento sociopsicológico do paciente e seus familiares e realizar os devidos encaminhamentos.

VI- Grupo Psicoterapêutico: são atendimentos psicológicos, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde. Os grupos no contexto ambulatorial irão permitir o alívio de ansiedades e superações a partir da identificação entre os membros. Estes terão a oportunidade de expressarem-se livremente, abrindo a possibilidade de elaborações psíquicas.

VII- Grupo de orientação: são atendimentos multiprofissionais, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde, visando elucidar e discutir temáticas específicas no campo da saúde

As atividades a serem realizadas pelo psicólogo estão descritas a seguir.

Atividades do Psicólogo

- ✓ Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação;
- ✓ Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura;
- ✓ Investigar os fatores implícitos do comportamento individual e grupal, buscando torná-los explícitos;
- ✓ Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas, tanto em clínica quanto em pesquisas;
- ✓ Acompanhar e avaliar tratamentos cirúrgicos, medicamentosos e de reabilitação;
- ✓ Promover a reabilitação neuropsicológica;
- ✓ Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais de pacientes, familiares e/ou responsáveis;

- ✓ Promover intervenções nas relações nas quais o paciente se insere, como equipe/paciente, família/paciente, paciente/paciente;
- ✓ Participar de Comissões pertinentes;
- ✓ Assessorar, participar e contribuir com a construção de novos projetos;
- ✓ Elaborar e colaborar com a construção de protocolos;
- ✓ Executar outras atividades inerentes à especialidade

O horário de funcionamento será de segunda a sexta, horário comercial.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 16**.

5.3.2.4 Instrução para o funcionamento do Serviço de Farmácia

Entende-se por Assistência Farmacêutica um grupo de atividades relacionadas com o medicamento. Dentre as atividades estão à conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, conforme Portaria nº 3.916/MS/GM de 1998.

A farmácia tem como principal função garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, devendo contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica, conforme Resolução CFF nº 300, de 30 de janeiro de 1997 que regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

Horário de funcionamento:

7h – 19h

Objetivos Específicos

- ✓ Garantir o acesso dos medicamentos e materiais necessários às tarefas assistenciais;
- ✓ Garantir as ações de assistência farmacêutica;
- ✓ Implantar a farmácia clínica e atenção farmacêutica na admissão, transferências e alta;

- ✓ Implantar a farmacotécnica hospitalar na garantia do atendimento da prescrição por dose unitária;
- ✓ Garantir que os itens serão recebidos e armazenados devidamente pela unidade sendo distribuído de acordo com a necessidade de cada setor, no tempo determinado e com metodologia correta e eficaz.

O serviço de farmácia será constituído por farmacêuticos e auxiliares de farmácia, durante as 12 horas de funcionamento da Policlínica Estadual.

Serviço de Farmácia

A responsabilidade da farmácia é garantir a qualidade da assistência com excelência, prestando aos pacientes e usuários, métodos de aplicabilidade com a devida segurança e a melhor adequação na utilização de medicamentos e correlatos, buscando alcançar o maior aproveitamento e consequentemente os melhores resultados, através das mais renomadas práticas que existem, garantindo a todos os pacientes, os mais variados métodos, como por exemplo, os assistenciais, preventivos, docentes, de investigações e entre outros, tendo como base, farmacêuticos devidamente registrados em seus respectivos órgãos de classe, todos altamente qualificados e em número suficiente, de acordo com as exigências formais dos órgãos reguladores a da Legislação Específica do Conselho Regional de Farmácia – CRF.

Os Serviços prestados pelos diversos profissionais, têm por escopo, o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são denominados por "atividades de Farmácia Hospitalar", tais atividades são desenvolvidas e compostas por departamentos de total responsabilidade e autonomia técnica e científica, estando estes sujeitos à orientação geral dos departamentos que regulam as Administrações Hospitalares, perante os quais, deverão responder pelos resultados dos respectivos exercícios.

O Serviço Farmacêutico é exclusivamente assegurado a um profissional farmacêutico hospitalar, regularmente inscrito no seu respectivo conselho de classe. Os diversos serviços prestados na Policlínica Estadual, asseguram a melhor terapêutica medicamentosa aos pacientes, garantindo qualidade, eficácia e segurança, integrando as equipes de cuidados com a saúde e promovendo as ações necessárias de investigações científicas e de ensinos.

A Farmácia Hospitalar é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos. É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além

da redução de custos, voltando-se também para o ensino e pesquisa, buscando constantemente o comprometimento e aprimoramento dos profissionais.

Os serviços desenvolvidos pela farmácia são de extrema importância ao apoio clínico integrado, funcional e hierárquico, e são compostos por um grupo de serviços que dependem diretamente da Direção Central e interligados com a sua administração.

A principal razão de ser da farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas. Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, visando, a todo momento, por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente.

O profissional farmacêutico tem uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

Para cumprir essa missão, o farmacêutico realiza diversas atividades:

- Logística de suprimentos (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e controles de produtos),
- Acompanhamento clínico do uso de medicamentos (farmacovigilância, farmácia clínica e atenção farmacêutica),
- Fracionamento de medicamentos.
- Dispensação de medicamentos, entre outras.

Também conta com os Técnicos de Farmácia que presta assistência dentro da farmácia da Policlínica Estadual.

Dentre as funções exercidas por esses profissionais vale destacar as seguintes:

- Prestação de apoio à equipe de Enfermagem.
- Conferências das prescrições médicas.
- Preparação de medicamentos (diluição e fracionamento).
- Esclarecimento de dúvidas sobre o uso de medicações.
- Organização dos medicamentos dentro da farmácia.
- Conferência de estoque observando o lote e data de validade.
- Recebimento dos pedidos de medicamentos e
- Etiquetação, conferência e registros de notas fiscais e demais funções.

Dispensação de Medicamentos

A Farmácia precisa estar organizada para dispensar adequadamente os produtos que dispõe para os pacientes e usuários.

A escolha da forma de dispensação a ser adotada deve-se levar em consideração características particulares.

O sistema de dispensação de medicamentos deve ter como objetivo, alguns tópicos importantes, dos quais destacamos:

1. Uso racional de medicamentos
2. Redução de custos e desperdícios com medicamentos
3. Aumentar o controle sobre o uso dos medicamentos, permitindo acesso do farmacêutico às informações do paciente.
4. Diminuição dos erros de administração de medicamentos
5. Colaboração na farmacoterapia iniciada pelo médico
6. Aumentar a segurança para os pacientes e usuários

Pode-se destacar 03 (três) tipos de sistemas utilizados na dispensação de medicamentos, vejamos:

- Dose coletiva
- Dose individualizada
- Dose unitária.

1- Dose Coletiva

O sistema pelo qual a farmácia fornece materiais e medicamentos, atendendo a um pedido feito pelo centro de custo - solicitante.

Estas requisições são feitas em nome do centro de custo, e não para os pacientes.

Na Dose Coletiva, a farmácia se torna um mero fornecedor de medicamentos.

2- Dose Individualizada

Este é um pré-requisito para implantação da Dose Unitária.

Neste caso, a farmácia recebe as solicitações de medicamentos através de uma transcrição de prescrição médica feita pela enfermagem, ou através do pedido médico, através de um esquema posológico rígido.

3-Dose Unitária

Este é o sistema de dispensação adotado pela BHCL por apresentar inúmeras vantagens em relação aos outros modelos, principalmente pelo controle que proporciona à farmácia, no que se refere ao consumo de medicamentos.

Neste sistema os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, efetuando a saída do código de barras via sistema (software), a fim de possuirmos uma rastreabilidade eficaz.

a) Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (S.D.M.D.U.)

Conceito:

É uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas para serem ministradas ao paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período.

Objetivos:

- ✓ Dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa
- ✓ Fidelidade das doses (rotina de checagem das prescrições médicas);
- ✓ Interações medicamentosas, reações adversas e outras causas podem ser verificadas;
- ✓ Acondicionamento dos fármacos pode ser estudado considerando-se o tipo de acondicionamento ao qual estão submetidos na "dose unitária";
- ✓ Proporcionar à administração, um sistema de distribuição de medicamentos que seja financeiramente viável;
- ✓ Oferecer recursos ao Farmacêutico para melhor integrar-se a equipe de saúde.

Rotina Operacional:

A rotina operacional é cíclica e, portanto, deve ser vista como um processo dinâmico. Cada passo tem sua importância não devendo haver atropelos, sob pena de interromper o processo em qualquer fase que se encontre.

Médico: Prescreve, via sistema informatizado ou se for necessário em duas vias.

Auxiliar de Enfermagem: Retira via sistema informatizado ou se for necessário, do prontuário as cópias (segundas vias) das prescrições médicas

Funcionário da Farmácia: Vai ao posto de enfermagem do Setor de Hemodiálise e recolhe:

- Cópias (das segundas vias) das prescrições.
- Receitas utilizadas para a retirada de medicamentos dos armários de urgências.
- Doses unitárias não ministradas.

Técnico em Farmácia prepara:

- Doses unitárias.
- "Bandejas" contendo os medicamentos a serem repostos nos armários com medicamentos de urgência (de acordo com as receitas).
- As etiquetas das doses unitárias e revisa as receitas rubricando-as (para identificar quem preparou e/ou aviou as doses e receitas, respectivamente).

Farmacêutico:

- Verifica se as doses unitárias preparadas estão de acordo com as segundas vias das prescrições médicas.
- Faz ou supervisiona o controle de estoque e registra as receitas de psicotrópicos ou entorpecentes, de acordo com a legislação vigente.
- Analisa o perfil farmacoterapêutico do paciente.
- Efetua ou supervisiona a reposição dos medicamentos utilizados nas urgências.

Atendente ou Auxiliar de Enfermagem:

- Recebe e confere as doses unitárias e faz a reposição dos medicamentos utilizados na urgência.
- Reintroduz as segundas vias das prescrições nos prontuários (se for o caso).

Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem:

- Ministra as doses unitárias.

Os tipos de sistema distribuição por dose unitária serão escolhidos e adaptados a realidade da Policlínica Estadual, a saber:

- Centralizado.
- Descentralizado.
- Combinação dos dois tipos.

A) Sistema Centralizado:

As doses são preparadas na Farmácia e dali são distribuídas para a sala de medicação do Setor de Hemodiálise Policlínica Estadual. Pelo fato da centralização, o controle de estoque e a supervisão da preparação das doses, pelo Farmacêutico, ficam mais contundentes.

B) Sistema Descentralizado:

As doses são preparadas nas Farmácias Satélite (descentralizadas) do Setor de

Hemodiálise e ao final de cada preparação, os quantitativos do consumo são enviados à Farmácia Central da Policlínica.

C) Sistema Combinado:

Diz-se que o sistema é combinado, quando ao mesmo tempo em que as Farmácias Satélitesdo Setor de Hemodiálise estão atuando na preparação de doses, a Farmácia Central deixará de operar e vice-versa. Este esquema facilita a adequação aos horários de administração de doses e objetiva uma redução nos recursos humanos, aproveitando da melhor forma possível, o horário de trabalho do pessoal existente no quadro de funcionários da Farmácia.

Condições Básicas para um bom S.D.M.U.D.:

Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (Comissão de padronização de Medicamentos).

b) Cronograma para implantação do Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Implantação do sistema de dispensação de medimentos por dose unitária												
Período	1º mês				2º mês				3º mês			
	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
Elaboração do plano de ação												
Elaboração do fluxo e dos procedimentos e protocolos												
Capacitação dos profissionais envolvidos												
Acompanhamento das atividades e análise dos resultados												
Revisão das ações implantadas e se necessário, elaboração de novas ações												
Análise de indicadores mensal												
Elaboração de relatório mensal												

<u>Normas e Rotinas do Serviço de Farmácia</u>

Normas e Rotinas de Compras

Cadastramento de fornecedores: O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos. Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

- Compras: toda a aquisição de insumos será norteada pelo Regulamento Institucional de Compras Contratação de Obras e Serviços, já elaborado pela BHCL que tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras. O procedimento de compras compreende: solicitação de compras, qualificação de fornecedores para aquisições contínuas, coleta de preço, apuração da melhor oferta, emissão de ordem de compra aprovado pelo gestor da unidade.

- Recebimento de mercadoria: Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso seja identificada não conformidade na mercadoria, esta não será recebida e o fornecedor deverá fazer reposição em até 24 horas.

Na nota fiscal deverá ser acrescido o carimbo com número de contrato de gestão (para atender normas TC), a data de recebimento e a assinatura de quem recebeu a nota fiscal numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome da BHCL, Endereço, CNPJ, Inscrição Estadual, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valor unitário e total deve estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor, este será avaliado, mensalmente dentro dos critérios de pontuação das entregas (pontualidade e exatidão dos fornecimentos).

Normas e Rotinas Internas

É importante destacar que a BHCL só realiza a aquisição de produtos farmacêuticos devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e irá manter estoque seguro de medicamentos para atender às necessidades dos usuários internos e

externos, assegurando assim que os tratamentos prescritos sejam continuados. Destacamos que, temos um departamento de compras capacitado para que tais eventos não ocorram.

Reitera-se que os medicamentos utilizados na Rede de Atenção à Saúde e objetos deste contrato, seguirão a lista de padronização preconizada pela RENAME e/ou REMUME, Relação de medicamentos padronizados pelo SUS da cidade de Goiás.

A equipe de assessores corporativos da BHCL está sempre atualizada em relação à legislação vigente e protocolos ministeriais, de forma que qualquer alteração nas terapias será devidamente adotada, bem como alterados os itens correspondentes nas documentações pertinentes (protocolos, POP, dentre outros). Além disso, nossa proposta de gestão compartilhada, facilitará as alterações recomendadas pela Secretaria de Saúde.

A seleção de medicamentos, materiais e insumos para a Policlínica Estadual, seguirá o disposto na RENAME Federal, REMUNE Municipal, Relação de Medicamentos Padronizados pelo SUS.

c) Armazenamento e Métodos de Controle sobre Fármacos Controlados e/ou de Alto Custo.

Os medicamentos devem ser armazenados devidamente etiquetados e identificados, sendo de responsabilidade do serviço de farmácia reembalar e etiquetar todas as doses de medicamentos que serão usados na Policlínica Estadual. Este serviço será feito dentro da farmácia sob supervisão do Farmacêutico.

Os medicamentos a serem fornecidos estarão apresentados nas seguintes formas farmacêuticas: Comprimidos, Cápsulas, Pastilhas, Drágeas, Pós para reconstituição, Gotas, Xarope, Suspensões, Ampolas, Frascos-ampola, Cremes, Soluções, Loções, Pomadas, Emulsões, Aerossóis, Géis, Soluções e Suspensões injetáveis

Os medicamentos serão armazenados em local ventilado/climatizado e adequado, conforme Normas da Vigilância Sanitária Local. Estarão dispostos em prateleiras ou pallets sendo que as prateleiras estarão protegidas da luz.

M*edicamentos com controle especial* – terão uma área reservada para armazenamento, devendo atender as exigências da legislação sanitária específica. As entradas e saídas destes medicamentos deverão ser registradas em formulário próprio sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Medicamentos termolábeis – deverão ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio da temperatura recomendada pelo fabricante sendo que as retiradas destes medicamentos deverão ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura.

Dispensação de medicamentos ao usuário

A medicação receitada pelo médico será dispensada em quantidade suficiente ao munícipe, para atendimento da necessidade em finais de semana, feriados e outros momentos em que as unidades básicas de saúde estiverem fechadas, com a devida anotação no receituário.

Organização do serviço para dispensação de medicamentos ao usuário

A Dispensação de Medicamentos é o Ato de fornecimento de medicamentos e correlatos ao paciente, com orientação do uso.

A dispensação de medicamentos nas unidades do Sistema Único de Saúde, ocorrem mediante a apresentação da receita desde que:

a) esteja escrita em caligrafia legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração do tratamento;

b) contenha o nome completo do paciente;

c) contenha a denominação genérica dos medicamentos prescritos;

d) seja apresentada em duas vias para medicamentos controlados (ou receituário especial) e no caso de o sistema não estar disponível;

e) contenha o nome do prescritor, data, a assinatura do mesmo e o número de seu registro no conselho de classe correspondente.

Orientações para a dispensação:

O dispensador deve anotar na receita, a quantidade do medicamento que foi atendida, a data e seu nome de forma legível.

A dispensação deve ser lançada no sistema e o farmacêutico deve carimbar e rubricar a entrega dos medicamentos no receituário e devolver ao paciente.

Caso o sistema não esteja disponível, a contingência é ter a receita em 2 vias, sendo que a primeira via da receita deve ser devolvida ao usuário e a segunda via deve ficar retida na farmácia e arquivada pelo prazo de 02 anos, para fins administrativos.

O usuário deverá utilizar a 1ª via da receita para retirar o (s) medicamento (s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor e desde que não exceda 01 ano. A quantidade atendida, para os demais medicamentos não sujeitos a controle especial, deve ser suficiente para o tratamento prescrito

A farmácia deverá arquivar separadamente as primeiras vias das receitas de medicamentos controlados, que não foram atendidas em sua totalidade, para controle da

dispensação quando o usuário vier retirar os medicamentos no mês seguinte, procedendo as anotações.

Nos casos em que a receita esteja em desacordo com o disposto nesta norma, são corresponsáveis pela orientação ao paciente, para a resolução da irregularidade da prescrição: o dispensador, o prescritor e a gerência da unidade.

d) Protocolos de Farmácia

Os modelos dos protocolos desenvolvidos pelos assessores técnicos da BHCL estão apresentados em **Anexo 11** e serão adequados à realidade local.

5.3.2.5.1 Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalar

Este manual foi desenvolvido pelos profissionais da BHCL com o objetivo de padronizar todos os processos, garantindo assim a qualidade da assistência e produto adquirido.

Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares

Padronização De Medicamentos

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis na SCMP identificados por sua nomenclatura genérica, nome farmacológico, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações.

A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência através de orientação e informações ao corpo técnico.

1- Medicamentos Padronizados

Estes medicamentos são classificados em.

- Uso Sem Restrições – medicamentos constantes na seleção de medicamentos da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolise dispensados pela farmácia mediante a prescrição médica.

- Uso Restrito (R)– possuem uma ou mais das seguintes características. indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização

muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito, com validade de 7 dias, podendo ser renovado se necessário.

No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos com validade de 3, 7 a 21 dias, dependendo da infecção e tratamento prescrito, para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido no *Formulário do Sistema Único de Saúde - Laudo p/ Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial*.

2 - Medicamentos Não Padronizados

São medicamentos de uso eventual em casos justificados, e que não fazem parte do conjunto de fármacos que atendem as necessidades comuns de pacientes internados. Como tal, não são mantidos em estoque, exigindo um prazo de até 72 horas úteis para a sua aquisição. A solicitação para compra é gerada pela prescrição e pelo preenchimento adequado do *Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizado* após avaliação e autorização pela CFT.

3 - Medicamentos Controlados

São os medicamentos listados pela ANVISA, através da portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica. Na padronização são identificados pela letra "C".

O farmacêutico será responsável pelas anotações, seja eletrônica ou física, assim como pelas devidas inclusões ou baixas dos medicamentos controlados.

4 - Rotina para a Prescrição de Medicamentos Padronizados de Uso Restrito

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT. No caso de antimicrobianos está avaliação será realizada pela CCIRAS. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação.

Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidade, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CFT para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizada devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT.

A solicitação de compra é gerada após a avaliação e autorização pela CFT e ou Diretor Técnico, e prazo para a aquisição é de 72 horas.

Critérios para Inclusão de Medicamentos na Padronização

A CFT adota critérios rígidos para a padronização de medicamentos. Estes critérios, baseados nos conceitos da farmacologia clínica e no uso racional dos fármacos, são citados abaixo.

Incluir fármacos de comprovada eficácia, isto é, aqueles em que se quantificou, através de ensaios clínicos randomizados, definido efeito benéfico na espécie humana na inexistência desses estudos, privilegiando os medicamentos com extensa experiência de emprego clínico.

Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar aqueles com menor toxicidade relativa e maior comodidade de administração.

Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante que atenda aos critérios prévios em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores.

Limitar o número de apresentações, selecionar aquelas que contemplam maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos.

Padronizar, preferentemente, apresentações com um único medicamento e as associações de comprovada utilidade.

Categorizar alguns fármacos como de uso restrito, quando envolverem indicações muito precisas, riscos bem definidos ou custo importante, os medicamentos de uso restrito somente serão liberados para as indicações especificadas.

Incluir novos fármacos somente quando as evidências de eficácia superior tiverem sido bem demonstradas, no mínimo 2 anos, pois alguns efeitos indesejáveis só são detectados com o uso continuado.

Evitar como critério de inclusão a chamada "experiência pessoal", pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.

A solicitação de inclusão de medicamento na padronização deverá ser feita em *Formulário próprio – Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização*, que será avaliado pela CFT.

Os critérios adotados pela CFT para a exclusão de algum medicamento da padronização são.

Fármaco não prescrito nos últimos 6 meses.

Evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras.

Indisponibilidade do produto no mercado, inviabilizando a compra.

A solicitação de exclusão de medicamentos da padronização deverá ser feita em *Formulário próprio – Solicitação de Revisão de Medicamentos na Padronização*.

Algumas Medidas e Ações Que Devem ser Trabalhadas para Maior Segurança e Monitoramento de Medicamentos

a) Desenvolvimento de ações integradas. Assistência Farmacêutica, vigilância sanitária, profissionais de saúde, conselhos de saúde, entidades de classes e diversos segmentos envolvidos.

b) Definição de responsabilidades, atribuições, elaboração de instrumento para notificação de denúncias sobre medicamentos.

c) Estratégias de divulgação e adesão dos profissionais de saúde e da população.

d) Disponibilização de canal de comunicação para notificações e ocorrências com medicamentos.

e) Desenvolvimento de sistema de controle e avaliação das informações.

f) Elaboração de boletim informativo periódico para os profissionais da saúde e para a população.

g) Ampla campanha de divulgação nos serviços de saúde e campanhas de divulgação para notificação. Consultar sempre o site da Anvisa para verificar se o produto apresenta problema.

Em caso de suspeita da qualidade de medicamento, procurar a vigilância sanitária do seu município ou estado para fazer a denúncia, ou informar a Anvisa.

5.3.2.5.2 Protocolo de atuação sistematizada da Farmácia Clínica

PROTOCOLO DE FARMÁCIA CLÍNICA

1. INTRODUÇÃO

A Farmácia Clínica é uma área da profissão farmacêutica que visa principalmente o uso racional de medicamentos, através da prestação de cuidado ao paciente, otimizando a farmacoterapia, promovendo saúde e bem-estar e prevenindo doenças. O farmacêutico clínico atua principalmente no apoio à terapêutica, como integrante na equipe multidisciplinar e interdisciplinar, exercendo principalmente atividades inerentes ao tratamento medicamentoso, como por exemplo: via de uso, frequência, dose, compatibilidade, alergia a medicamentos, reconciliação medicamentosa, interações entre medicamentos/alimentos, reações adversas e demais atribuições clínicas.

Diante do contexto da complexidade de tratamentos demandados pelos pacientes, o farmacêutico clínico exerce a função de monitorar e prevenir os problemas relacionados a medicamentos (PRM). Os PRM são considerados uma das principais causas de eventos adversos, causando aumento no tempo de internação, morbidade, mortalidade e aumento dos custos hospitalares. Dentro deste contexto, uma das atividades do farmacêutico clínico é prevenir e resolver os PRM, através da avaliação das prescrições médicas.

Para o desenvolvimento da farmácia clínica, o farmacêutico avalia diversos parâmetros do paciente, como por exemplo, história clínica, os dados antropométricos (peso, altura, sexo, idade), indicação terapêutica dos medicamentos prescritos, duplicidade terapêutica, alternativas terapêuticas, incompatibilidades físico-químicas, estabilidade das soluções e reconstituições, reação adversa a medicamento (RAM).

A implantação e a expansão da farmácia clínica promovem o uso racional de medicamentos, o aumento da segurança ao paciente e contribuir para redução de custos associados à prescrição médica, resultando em um impacto positivo na assistência ao paciente. A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar proporciona uma barreira adicional no processo de promoção da segurança do paciente na instituição.

2. ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO CLÍNICO AMBULATORIAL

As atribuições clínicas do farmacêutico são regulamentadas pela Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013. Em seu artigo 7º são listadas as atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Em sua implantação, a BHCL irá atuar desenvolvendo essas atividades na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, de acordo com os serviços descritos abaixo.

2.1 ATIVIDADES

- ✓ Manter a organização e limpeza do setor;
- ✓ Realizar orientações e entrega de medicamentos;
- ✓ Realizar a reconciliação medicamentosa, quando necessário;
- ✓ Responder pelos mapas de medicamentos;
- ✓ Analisar o estoque e solicitar medicamentos e insumos;
- ✓ Receber, conferir, armazenar e distribuir as medicações;
- ✓ Utilizar o princípio "primeiro que vence, primeiro que sai – PVPS" para gerenciar o estoque da farmácia;
- ✓ Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

- ✓ Realizar o seguimento farmacoterapêutico e realizar a anotação/ evolução no prontuário do paciente;
- ✓ Participar, em conjunto com a equipe multidisciplinar, da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- ✓ Realizar reuniões com a equipe do setor e participar das reuniões de gestão;
- ✓ Participar das comissões que demandem a participação de farmacêutico;
- ✓ Elaborar e atualizar os protocolos, manual e POP de assistência farmacêutica;
- ✓ Elaborar os indicadores de desempenho do setor e realizar análise crítica;
- ✓ Elaborar relatórios mensais;
- ✓ Identificar, avaliar, notificar e monitorar eventos adversos e queixas técnicas relacionadas à farmacovigilância e tecnovigilância;
- ✓ Realizar ações de contenção de custos do setor.

A área ambulatorial se diferencia da hospitalar, pois nessa última, o paciente permanece internado no hospital. O paciente que passa por consultas ambulatoriais também pode estar tomando medicamentos em sua casa, apresentando reações adversas, dentre outras possibilidades. O papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar é garantir que o paciente tome as medicações conhecendo as possíveis reações, respeite o intervalo entre elas e o motivo da importância de tomar nos horários prescritos. Considerando-se todo o exposto acima, entendemos que as ações descritas a seguir são importantes também em nível ambulatorial e farão parte do escopo de atividades do serviço de farmácia.

2.2 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA (RM)

A RM é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e prestadores de cuidados no intuito de que se transmitam informações seguras e de qualidade sobre a terapêutica habitual do doente.

A reconciliação medicamentosa consiste na comparação entre os medicamentos que o paciente estava utilizando previamente e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento, para que seja possível adequar o plano terapêutico de forma a proporcionar ao paciente um cuidado completo e reduzindo discrepâncias não intencionais. A RM deve ser realizada sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço, médico ou nível de atendimento.

2.3 EVOLUÇÃO FARMACÊUTICA

- ✓ A evolução farmacêutica deve ser realizada pelo farmacêutico clínico.
- ✓ Registrar manualmente no "Formulário de Seguimento Farmacoterapêutico" os dados atualizados do paciente e após registrar no PEP as informações e avaliações do dia. Seguir o padrão abaixo, de acordo com o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).
  - Data/farmacêutico
  - Diagnóstico/reconciliação/comorbidades
  - Exames atualizados/score do paciente
  - Avaliação farmacêutica
  - Intervenções/plano elaborado

Quadro. Aplicação do método SOAP para registro de evolução farmacêutica

Letra	Significado	Como utilizar?	Exemplo
S	Subjetivo	São dados subjetivos acerca da situação do paciente. Durante a entrevista com o paciente são as impressões subjetivas que coletamos.	Dificuldades e percepções do paciente sobre sua condição de saúde (tenho dificuldade de aceitar a doença, tenho dificuldade de aceitar os medicamentos, estou me sentido triste).
O	Objetivo	Dados objetivos, dados clínicos e informações sobre os medicamentos que ele usa.	Elaboração de lista de medicamentos que o paciente está fazendo uso e resumo dos principais exames clínicos.
A	Avaliação ou Ação	Analisamos todos os dados subjetivos e objetivos e traçamos um plano de ação para o paciente.	Nesse momento o farmacêutico avalia se é necessária uma intervenção farmacêutica, que deve ser descrita na evolução do paciente.
P	Plano	Planejamento de como a conduta do farmacêutico proposta na avaliação foi aceita ou não pela equipe e assim ela deve ser monitorada.	Esse é um dos principais indicadores em farmácia clínica, onde são avaliadas quantas intervenções farmacêuticas foram propostas e quantas dessas foram aceitas.

2.4 CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS NA FARMÁCIA

- ✓ Registrar início de tratamento (terapêutico ou profilático) com terapia antimicrobiana no Formulário de Seguimento Farmacoterapêutico.
- ✓ Verificar a indicação, dose, frequência, diluição, via de administração, tempo e velocidade de infusão, duração de tratamento e se está sendo guiado por cultura, caso seja de uso terapêutico;
- ✓ Em caso de não conformidade na avaliação, contatar o médico via telefone para ajuste.
- ✓ Registrar na evolução farmacêutica.

Quadro. Metodologia para realização da análise farmacoterapêutica da prescrição

Indicação do medicamento	Avaliar se o medicamento é o mais adequado para condição do paciente;
	Avaliar se não duplicidade de algum medicamento prescrito; avaliar se há necessidade de algum medicamento adicional.
Dose	Avaliar se a dose prescrita se encontra de acordo com a preconizada pela literatura, considerando: idade, peso ou superfície corpórea e necessidade de ajustes para função renal.
Intervalo de administração	Avaliar se os intervalos prescritos estão de acordo com a literatura e se o aprazamento é o mais adequado.
Vias de administração	Avaliar características farmacocinéticas do medicamento; avaliar características clínicas do paciente;

	Avaliar medicamentos prescritos por sonda;
Apresentação e/ou forma farmacêutica	Avaliar idade do paciente; avaliar capacidade de deglutição/sonda;
	Adequar sempre que possível à padronização do hospital;
Reconstituição/diluição/tempo de infusão	Avaliar se a reconstituição, diluição e tempo de infusão estão prescritas conforme recomendação da literatura para os medicamentos injetáveis.
Estabilidade	Verificar, para os medicamentos utilizados em multidoses, se há estabilidade e se está sendo conservado da forma adequada.
Interações medicamentosas	Avaliar o potencial para interações fármaco-fármaco e fármaco-nutriente, analisando o risco, a significância clínica e a forma de manejo.
Incompatibilidades medicamentosas	Avaliar a compatibilidade físico-química entre os medicamentos injetáveis prescritos.

2.6 ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO E INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

- ✓ A análise da prescrição farmacêutica, no que concerne, uma atividade clínica e técnica do farmacêutica, deve seguir os passos descritos no quadro acima.
- ✓ Checar na base de dados do sistema as incompatibilidades e interações indesejadas e clinicamente significativas.
- ✓ As intervenções devem seguir a mesma linha de raciocínio da análise da prescrição, no entanto, elas são o resultado da avaliação farmacêutica.

- ✓ Registrar as IF, contatar a equipe assistencial para informar e propor a solução para a intervenção. Verificar se foi atendida ou não atendida e se houve justificativa.
- ✓ Registrar na "Planilha de Intervenção Farmacêutica" mensal, se houver realização de IF.

2.8 CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SONDA

A nutrição enteral é muitas vezes implementada para os pacientes em casa, o que afeta a análise da compatibilidade de uso dos medicamentos via sonda nasogástrica. Segue abaixo a recomendação geral para a utilização de medicamentos via sonda.

Quadro. Recomendação geral para a utilização de medicamentos via sonda

FORMA FARMACÊUTICA		**RECOMENDAÇÃO**
Sólidos	Comprimido de liberação imediata	Geralmente pode triturar em pó fino, diluir em água e administrar em seguida
	Comprimido de liberação lenta	Não se deve triturar
	Comprimido revestido	Não se deve triturar
	Capsulas dura gelatinosas	Em geral, pode abrir a cápsula, misturar em água e administrar em seguida

Líquidos	Xaropes	No geral, são as melhores formas de administração via sonda nasogástrica
	Soluções	No geral, são as melhores formas de administração via sonda nasogástrica

O paciente e/ ou familiar devem ser envolvidos no cuidado e orientados quanto a forma de administrar os medicamentos em casa. O farmacêutico pode intervir, conversando com o médico, quando necessário, para substituir quando possível, por fórmulas líquidas.

2.5 ORIENTAÇÃO DE ALTA

- ✓ Elaborar lista de medicamentos utilizados, para o paciente manter com ele, informações do tratamento medicamentoso.
- ✓ Se houver impossibilidade de realizar as orientações de alta via entrevista com o paciente, serão realizados contatos telefônicos, em até 48h após a alta para orientações quanto à utilização de medicamentos em domicílio, como ter acesso ao medicamento (farmácias públicas ou privadas).

5.3.2.5.3 Protocolo de Conciliação Medicamentosa

1. INTRODUÇÃO

O farmacêutico é um dos integrantes da equipe interdisciplinar, que visa contribuir para a segurança do paciente, agregando o seu conhecimento e experiência, colaborando para a qualidade do serviço assistencial, bem como promovendo o cuidado na atenção à saúde. Esse cuidado corresponde à atuação assistencial do farmacêutico, centrada no paciente, em que se assumem responsabilidades para assegurar que a terapia farmacológica seja conveniente, apropriada, efetiva e segura, no intuito de tratar, controlar ou prevenir doenças e a morbimortalidade associada a estas.

Com o crescente número de medicamentos produzidos em larga escala, houve uma preocupação com a qualidade, a eficácia e a segurança desses medicamentos, principalmente no ambiente hospitalar, o que fez com que o farmacêutico fosse solicitado a prestar assistência sobre as características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos novos produtos terapêuticos e os efeitos que estes poderiam apresentar sobre os pacientes.

Os danos causados aos pacientes devido aos eventos adversos, reforçam a importância de se estabelecer uma otimização das condutas relacionadas à farmacoterapia no ambiente hospitalar. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a RDC nº 36 de 25 de julho, que instituiu ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Desde então, esses serviços devem contar com a presença da equipe multidisciplinar, que deverá estabelecer e promover estratégias para a gestão de risco, com ações voltadas à identificação do paciente, higiene das mãos, segurança cirúrgica, aos cuidados com a prescrição, uso e administração de medicamentos, entre outros

Dentre as ações voltadas ao uso racional de medicamentos está incluída a conciliação de medicamentos, que compreende a realização de um processo para obtenção da história da farmacoterapia do indivíduo, elencando os medicamentos que o paciente faz e/ou fazia uso. Essa relação objetiva diminuir a ocorrência de discrepâncias e eventos adversos a medicamentos à medida que o indivíduo passa pelos diferentes níveis de assistência à saúde, sendo considerada uma prática necessária.

2. DEFINIÇÃO

A conciliação de medicamentos, segundo o Conselho Federal de Farmácia (2016), pode ser definida como "serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome, formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração, frequência de uso e duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente/cuidador, entre outras".

O serviço geralmente é prestado quando o usuário transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais na farmacoterapia.

3. ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

O Protocolo para Conciliação de Medicamentos será aplicado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, pelos profissionais farmacêuticos, podendo, entretanto, envolver qualquer profissional que se faça necessário para discussão de condutas.

5. OBJETIVOS

Conciliação de medicamentos é um serviço que tem como objetivo prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, dessa forma evitando danos desnecessários.

Dessa forma, o presente protocolo tem como objetivos:

· Contribuir para a qualificação dos farmacêuticos do serviço na prática clínica da conciliação de medicamentos;

· Orientar sobre a conciliação de forma que permita aos profissionais procurarem, identificarem, prevenirem e resolverem discrepâncias entre as prescrições nos momentos de transições no cuidado, além de reduzir resultados negativos associados à terapia;

· Contribuir para o entendimento do profissional farmacêutico sobre a finalidade e o preenchimento do instrumento de conciliação de medicamentos, para que por meio dele possa ser realizado o raciocínio clínico sobre o paciente, promovendo uma investigação aprofundada acerca dos medicamentos utilizados e auxiliando na adequação da farmacoterapia, se necessário;

· Auxiliar na forma de abordagem do profissional farmacêutico ao paciente/cuidador;

· Diminuir/sanar as duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde.

6. MATERIAIS

Sistema informatizado para prescrições médicas, receituário próprio da instituição, instrumento de Conciliação de Medicamentos, computador, impressora, prancheta, papel e caneta.

7. TIPO DE CONCILIAÇÃO

7.1 Reconciliação de Admissão

● A reconciliação de admissão deve ser realizada até 48h após admissão do paciente na unidade internação. Se não for possível contato direto para entrevista farmacêutica, verificar na evolução de enfermagem, evolução médica e evolução da assistência social as anotações sobre utilização de medicamentos e comorbidades, registrar no PEP informações coletadas.

● Informar ao médico caso haja medicamentos não conciliados para inclusão na prescrição ou alguma condição patológica do paciente que não esteja com a terapia adequada.

● Registrar na “Planilha de Intervenção Farmacêutica” mensal, se houver realização de Intervenção Farmacêutica (IF).

7.2 Reconciliação de Alta

● Realizar a reconciliação de alta através de avaliação da prescrição ambulatorial liberada pelo médico na alta e informações de comorbidades do PEP.

● Orientar quanto o acesso a todos os medicamentos prescritos, como também possíveis reações adversas. Verificar se há orientação para acompanhamento ambulatorial.

● A reconciliação de alta deve ser realizada na visita diária e na sua impossibilidade, através de contato telefônico com ele ou com cuidador da família.

7.3 Reconciliação de transferência interna

● Avaliar as prescrições das unidades envolvidas na transferência, verificando medicamentos e comorbidades antigas e novas do paciente.

● Analisar a necessidade do paciente e a necessidade de cada medicamento já prescrito.

● Contatar o médico através de telefone para informar, se houver necessidade, inclusão ou exclusão ou substituição de algum tratamento não farmacológico e farmacológico.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A conciliação de medicamentos é realizada quando o farmacêutico inicia seu acompanhamento aos pacientes admitidos nas últimas vinte e quatro horas em qualquer setor assistencial da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

O profissional farmacêutico deverá dar início ao processo pelo preenchimento do instrumento de Conciliação de Medicamentos.

Na parte inicial do instrumento são registrados alguns dados do paciente como: nome, número de prontuário, idade, sexo, data de admissão, setor de procedência, data de admissão no setor de internação atual, leito, diagnostico e se foi utilizada alguma vacina após a internação (caso a resposta seja positiva, registra-se também a vacina administrada).

Essas informações podem ser coletadas do prontuário eletrônico do paciente, ou pelo prontuário físico, localizado no setor de internação, bem como em outros documentos de registro de informações hospitalares.

Outras informações importantes para a conciliação consistem em: alergias medicamentosas, comorbidades (que, para efeito do presente protocolo, são admitidas como as doenças que o paciente já apresentava previamente à internação), histórico de uso de

medicamentos (que consistem nos medicamentos de uso contínuo ou recorrente prescritos previamente à internação), tabagismo e ingestão de álcool.

Na ausência de alguma dessas informações no prontuário, deve-se coletá-las com o próprio paciente ou cuidador, no horário de visita, caso o usuário esteja impossibilitado de responder.

Nesse sentido, a comunicação é o fio condutor de todo o processo da conciliação e o farmacêutico deverá mobilizar o seu conhecimento técnico e a sua capacidade de julgamento clínico. Isto envolve a mobilização das habilidades comunicativas do farmacêutico com o paciente/cuidador em aspectos verbais e não verbais e linguagem adequada ao nível de entendimento do paciente.

Deve-se realizar a escuta ativa, ouvindo reflexivamente de maneira integral, observando cada gesto realizado, levando em consideração aspectos culturais e sociais associados à atual condição de saúde ali demonstrada. Agir sempre de forma empática no intuito de promover a humanização, estimulando a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo, com a atuação centrada nos aspectos holísticos do paciente e mantendo a ética profissional

Com as informações coletadas com o paciente/cuidador, será realizado o preenchimento do histórico de uso de medicamentos. Além de coletar informações sobre a utilização pregressa deles, deve-se tentar coletar o máximo possível de informações complementares, incluindo nome dos medicamentos utilizados, posologia, horários de administração, além de informações relativas à adesão do paciente ao tratamento farmacológico e automedicação. O farmacêutico deve também perguntar se o paciente faz uso de tratamentos alternativos, como chás, entre outros.

Na etapa de análise de discrepâncias, é analisada a última prescrição do paciente no setor de procedência e/ou anterior à admissão, comparando-a com a prescrição atual do setor de internação. Registram-se apenas as divergências encontradas entre as prescrições, que podem ser de três tipos:

· Medicamento prescrito: qualquer medicamento que está na prescrição atual e não estava na prescrição do setor de procedência.

· Medicamento não prescrito: qualquer medicamento que não está na prescrição atual e estava na prescrição do setor de procedência.

· Medicamento prescrito com alteração: medicamento que está presente em ambas as prescrições, porém com alguma alteração, como posologia, diluente, tempo de infusão, entre outros.

Em seguida, avalia-se cada um desses medicamentos individualmente para classificar a discrepância em intencional ou não intencional. A discrepância intencional ocorre quando o prescritor teve a intenção de realizar, possuindo, assim, justificativa clínica. Já a não intencional

acontece quando não houve intenção por parte do prescritor em alterar a farmacoterapia, na maioria das vezes sendo por omissão.

Algumas discrepâncias, principalmente relacionadas à mudança na posologia, adequação de diluente ou acréscimo de medicamentos previstos em protocolos do setor, são entendidas como intencionais. Caso haja dúvidas sobre alguma alteração realizada, deve-se esclarecer com o prescritor, quando possível, ou com o médico presente no setor no momento da realização da conciliação. Por fim, a partir do conjunto de informações obtidas, avalia-se a necessidade de inclusão, exclusão ou alteração de algum elemento da farmacoterapia do paciente. Caso essa necessidade exista, deve-se sugerir ao prescritor a alteração, explicando a sua necessidade e se mostrando disponível para questionamentos futuros.

9. INDICAÇÕES

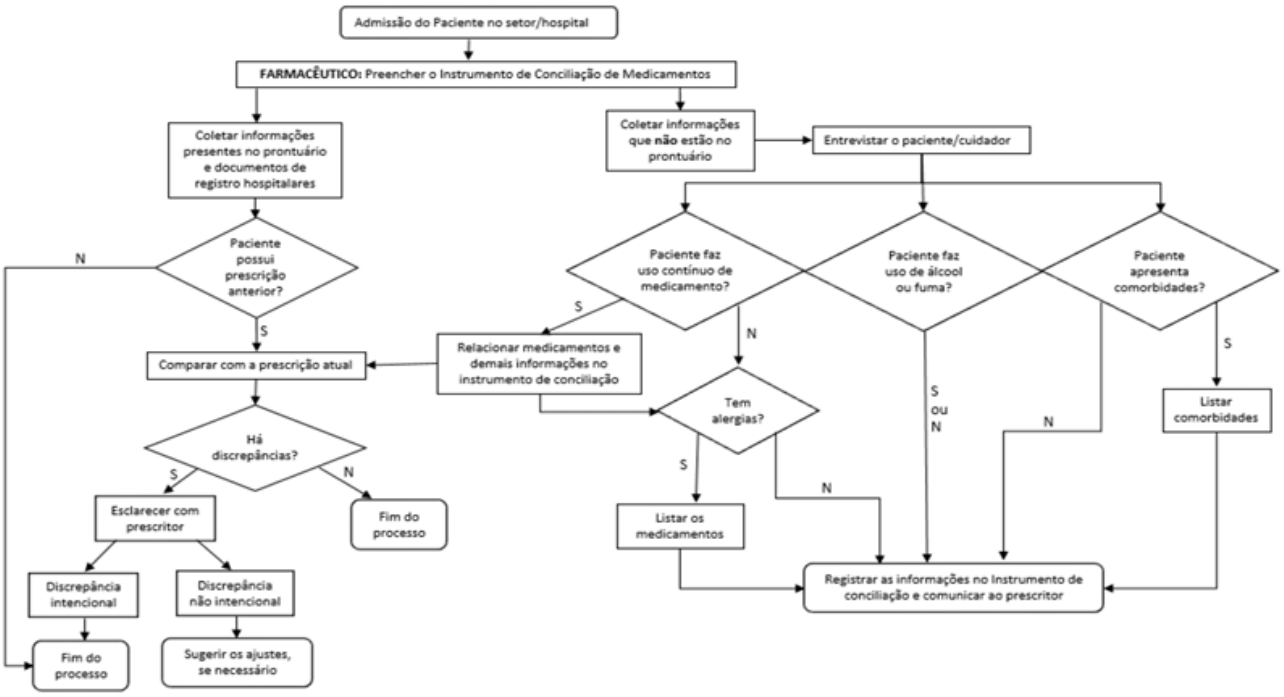
Esse protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes internados nas últimas quarenta e oito horas em qualquer setor assistencial que faziam e/ou estão fazendo uso de algum medicamento.

10. RISCOS RELACIONADOS

Todos os eventos adversos, inclusive aqueles envolvendo erros de medicação, tendo ênfase no presente documento as discrepâncias da farmacoterapia verificadas na conciliação de medicamentos, devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

Assim, é de suma importância que os profissionais estejam sensibilizados à realização da notificação no sistema e conforme orientação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para centralizar as notificações sobre incidentes ou queixas de fatos ocorridos.

11. FLUXOGRAMA DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA


Admissão do Paciente no setor/hospital
FARMACÊUTICO: Preencher o Instrumento de Conciliação de Medicamentos
Coletar informações presentes no prontuário e documentos de registro hospitalares
Coletar informações que não estão no prontuário
Entrevistar o paciente/cuidador
Paciente possui prescrição anterior?
N
S
Paciente faz uso contínuo de medicamento?
Paciente faz uso de álcool ou fuma?
Paciente apresenta comorbidades?
S
N
S
ou
N
N
S
Comparar com a prescrição atual
Relacionar medicamentos e demais informações no instrumento de conciliação
Tem alergias?
Listar comorbidades
Há discrepâncias?
S
N
S
N
Esclarecer com prescritor
Fim do processo
Listar os medicamentos
Discrepância intencional
Discrepância não intencional
Registrar as informações no Instrumento de conciliação e comunicar ao prescritor
Fim do processo
Sugerir os ajustes, se necessário

12. FORMULÁRIO PARA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Nome da unidade

CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DADOS DO PACIENTE

NOME:			
PRONTUÁRIO:	IDADE:	SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO	
ADMISSÃO HOSPITALAR: __/__/__	SETOR DE PROCEDÊNCIA:		
ADMISSÃO NO SETOR: __/__/__	SETOR DE INTERNAÇÃO:		LEITO:
DIAGNÓSTICO:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: ( )SIM ( )NÃO		QUAIS:

HISTÓRICO DO PACIENTE

FUMANTE: ( )SIM ( )NÃO OBS.:	ÁLCOOL: ( )SIM ( )NÃO OBS.:	VACINAS: ( )SIM ( )NÃO QUAIS:
COMORBIDADES:		
HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS:		

ANÁLISE DAS DISCREPÂNCIAS

Nº	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTO PRESCRITO	MEDICAMENTO NÃO PRESCRITO	PRESCRITO COM ALTERAÇÃO	DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES	DISCREPÂNCIA INTENCIONAL	DISCREPÂNCIA NÃO INTENCIONAL
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

DATA: __/__/__

_____
Farmacêutico Responsável CRF ____

5.3.2.6 Instrução para o funcionamento do Serviço de Nutrição e Dietética

O atendimento ambulatorial em nutrição clínica consiste na abordagem completa realizada pelo nutricionista com o objetivo de avaliar o estado nutricional do paciente para que seja possível oferecer um guia alimentar o mais adequado possível.

A nutrição clínica tem por função prestar assistência na dieta dos indivíduos e promover a saúde. Para isso, busca manter o bom estado nutricional de pacientes saudáveis, bem como restaurar a saúde nutricional de pessoas que tenham a saúde debilitada.

Ao setor de Nutrição Clínica Ambulatorial compete:

- ✓ Avaliar o estado nutricional do paciente, considerando o diagnóstico médico, exames laboratoriais, histórico alimentar e avaliação antropométrica;
- ✓ Solicitar, quando necessário, exames complementares para acompanhar a evolução nutricional do paciente;
- ✓ Prescrever complemento ou suplemento nutricional, quando necessário;
- ✓ Registrar no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica instituída, a evolução nutricional, intercorrências e alta da nutrição;
- ✓ Realizar as orientações e promover educação alimentar e nutricional aos pacientes;
- ✓ Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;
- ✓ Participar das reuniões multidisciplinares, visando a atenção integral ao paciente;
- ✓ Garantir o registro claro e preciso, no prontuário, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento ambulatorial;
- ✓ Elaborar Manual e POP do serviço e garantir sua aplicação na prática clínica;
- ✓ Elaborar e gerenciar indicadores, analisando a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;
- ✓ Desenvolver estudos e realizar projetos de pesquisa na área de atuação.

Horário de funcionamento

Das 7h às 19h

5.3.2.7 Instrução para o funcionamento do Serviço de Enfermagem

As atividades de enfermagem no ambulatório, compreende: prestar cuidados direto e indireto ao paciente; fazer educação sanitária dos pacientes; auxiliar em pesquisa e fornecimento de dados estatísticos ao Serviço de Estatística; preparar e organizar o campo de estágio para alunos de Enfermagem, dentre diversas outras.

Horário de funcionamento:
7h – 19h

Atribuições do Enfermeiro

✓ Assistência ao paciente
- Realizar consultas de enfermagem;
- Prescrever ações de enfermagem;
- Realizar procedimentos de maior complexidade; solicitar exames;
- Acionar equipe multiprofissional de saúde;
- Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados;
- Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; realizar evolução clínica de pacientes.

✓ Coordenar serviços de enfermagem
- Padronizar normas e procedimentos de enfermagem; monitorar processo de trabalho;
- Aplicar métodos para avaliação de qualidade; selecionar materiais e equipamentos.

✓ Planejar ações de enfermagem
- Levantar necessidades e problemas;
- Diagnosticar situação;
- Identificar áreas de risco;
- Estabelecer prioridades;
- Elaborar projetos de ação;
- Avaliar resultados.

✓ Implementar ações para promoção da saúde
- Participar de trabalhos de equipes multidisciplinares;

- Elaborar material educativo;
- Orientar participação da comunidade em ações educativas;
- Definir estratégias de promoção da saúde para situações e grupos específicos;
- Participar de campanhas de combate aos agravos da saúde;
- Orientar equipe para controle de infecção nas unidades de saúde;
- Participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador;
- Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde.

✓ Comunicar-se

- Trabalhar em equipe; demonstrar capacidade de liderança; demonstrar habilidade para negociação.
- Utilizar recursos de Informática.
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Atribuições do Técnico de Enfermagem

✓ Prestar assistência ao paciente, realizando procedimentos como punção de acesso venoso, troca de curativos, aplicação de bolsa de gelo e calor, entre outros
✓ Preparar e orientar o paciente para os exames ou cirurgia
✓ Aplicar medicamentos
✓ Coletar material para exames laboratoriais, como sangue, urina e saliva
✓ Auxiliar o enfermeiro em todas as atividades, desde o acolhimento, à escuta qualificada, levantamento de demandas dos pacientes, sinais vitais
✓ Realizar anotação de enfermagem
✓ Repor os materiais necessários para a realização das atividades da unidade
✓ Auxiliar o cirurgião na sala cirúrgica
✓ Realizar exames como: eletrocardiograma, eletroencefalograma, instalação e retirada de MAPA e Holter, e auxiliar nas salas de exames
✓ Esterilizar instrumentais cirúrgicos e de curativos e desinfectar outros materiais, como o endoscópio

5.3.2.8 Instrução para o funcionamento do Serviço de odontologia - CEO I

A Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, tem modificado a vida de milhões de brasileiros por meio do acesso a serviços odontológicos

de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços são ofertados em Unidades Básicas de Saúde, que são a porta de entrada do cidadão para o atendimento odontológico. Conforme a necessidade de encaminhamentos, o atendimento poderá ser realizado nos **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal. Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos. Além desses serviços, o Brasil Sorridente conta com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que colaboram com a confecção laboratorial de próteses dentárias.

Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
- Endodontia
- Atendimento a portadores de necessidades especiais

Referência da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS: Macrorregião Sudoeste de Goiás, composta por 722.505 habitantes. A área de abrangência é composta por 02 (duas) regiões de saúde e 28 Municípios: Região de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2021), o município de Quirinópolis possui uma população de 51.323 habitantes, e

Com o serviço de Odontologia Especializada na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, os municípios podem encaminhar seus pacientes para atendimento Odontológico Especializado, através do Complexo Regulador Estadual.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é uma unidade que integra a Rede Estadual de Policlínicas do Estado de Goiás, especializada no apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas em diversas especialidades, exames gráficos e de imagem de alta resolutividade e com fins diagnósticos, além da oferta de pequenos procedimentos.

A Unidade faz parte do programa de regionalização da saúde, que visa levar assistência

mais próxima do município de residência do cidadão, evitando grandes deslocamentos priorizando o cuidado à saúde humanizado e de qualidade.

Dentre as atividades assistenciais pactuadas no contrato de gestão, está a implantação do serviço de odontologia especializado.

Com a expansão das ações voltadas para a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, por meio das equipes de Saúde Bucal, houve o aumento do acesso e da oferta de procedimentos.

Para garantia da continuidade do cuidado, quando necessário, o usuário pode ser encaminhado aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, que permitem a oferta do cuidado ambulatorial e especializado em saúde bucal à população.

A atenção especializada atua de forma estratégica para qualificar e melhorar a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde Bucal, atuando como suporte técnico e assumindo responsabilidade pelos usuários e ao mesmo tempo, preservando o vínculo com a Atenção Primária à Saúde.

O Centro de Especializado odontológico tipo I na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis localizada em Quirinópolis/GO, tem como propósito primordial oferecer atendimento ambulatorial/eletivo a pacientes com demandas odontológicas especializadas. A abordagem regionalizada que adotamos visa proporcionar à população uma resposta rápida no diagnóstico e tratamento, promovendo proximidade e acessibilidade aos cidadãos. No escopo de nossas operações, destacamos as seguintes áreas de atuação:

− Diagnóstico Bucal: Com ênfase na detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal, visamos proporcionar tratamento eficaz e oportuno.

− Periodontia Especializada: Oferecemos tratamentos especializados em doenças periodontais, assegurando a saúde das gengivas e estruturas de suporte dos dentes.

− Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros: Realizamos procedimentos cirúrgicos especializados em tecidos moles e duros, buscando soluções eficientes com mínimo desconforto para os pacientes.

− Endodontia: Comprometemo-nos com tratamentos de canal para preservar a vitalidade dos dentes e aliviar desconfortos associados.

− Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais: Priorizamos um atendimento sensível e adaptado às necessidades específicas de pacientes com condições especiais, garantindo acesso a cuidados odontológicos adequados. Estas áreas de atuação refletem nosso compromisso contínuo em fornecer serviços odontológicos especializados, contribuindo para a promoção da saúde bucal e o bem-estar da comunidade local.

Nosso compromisso com o atendimento em saúde bucal do Centro de especialidades odontológico é baseado nos pontos de atenção:

a) A coordenação dos atendimentos relacionados à Odontologia especializada;

b) Atendimento odontológico clínico avaliativo;

c) Atendimento odontológico dos pacientes que forem realizar tratamento por hemodiálise;

d) Atender ao cumprimento da meta mensal estabelecida ;

De acordo com o edital a totalidade de capacidade instalada que será para um CEO tipo I, com três cadeiras odontológicas, estipula a seguinte meta mensal descrita no quadro abaixo:

Consultas Odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	180
Consulta Subsequente	270
Total	**450**

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	……..

* Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.

** Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

Horário de funcionamento

7h – 19h

Atribuições da equipe de cirurgiões dentistas:

- ✓ Manter o consultório limpo e organizado;
- ✓ Avaliar a cavidade bucal do paciente, e elaborar um plano de tratamento;
- ✓ Solicitar, quando necessário, exames complementares e solicitar ao NIA o agendamento;
- ✓ Prescrever medicamentos quando necessário;
- ✓ Preencher as fichas de tratamento;
- ✓ Registrar no prontuário do paciente, os tratamentos propostos, tempo para realizá-lo, intercorrências e outras informações pertinentes;
- ✓ Realizar as orientações e promover educação de higiene oral e prevenção de doenças aos pacientes;
- ✓ Participar das reuniões multidisciplinares, visando a atenção integral ao paciente;
- ✓ Garantir o registro claro e preciso, no prontuário, de todas as informações relacionadas à evolução do paciente e acompanhamento ambulatorial;
- ✓ Elaborar Manual e POP do serviço e garantir sua aplicação na prática clínica;
- ✓ Elaborar e gerenciar indicadores, analisando a qualidade da do tratamento prestado aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;
- ✓ Desenvolver estudos e realizar projetos de pesquisa na área de atuação.

Atribuições dos Auxiliares em Saúde Bucal - ASB

- ✓ Manter o ambiente limpo e organizado;
- ✓ Conferir a agenda do dia seguinte e deixar o material necessário organizado;
- ✓ Manter o arquivo de fichas em ordem;
- ✓ Revelar e montar radiografias;
- ✓ Preparar o paciente para o atendimento;
- ✓ Auxiliar no atendimento ao paciente;

- ✓ Instrumentar o cirurgião-dentista;
- ✓ Esterilizar os instrumentais odontológicos;
- ✓ Conservar os equipamentos odontológicos e solicitar manutenção quando necessário

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

- O paciente encaminhado deve, preferencialmente, estar em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, ou ser referenciado pelos serviços de pronto atendimento odontológico.
- O usuário deve ser encaminhado pela Unidade Básica de Saúde com eliminação de dor e com ações realizadas para controle de infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento das cavidades de cárie).
- Os casos de urgência devem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde ou no Pronto Atendimento de seu município.
- O agendamento será realizado após protocolo do encaminhamento no CEO, que deve ser realizado presencialmente, e o atendimento será agendado seguindo a disponibilidade de vagas para tratamento.
- O encaminhamento será feito através do formulário de referência/ contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias, a depender da especialidade que o paciente foi referenciado.
- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será encaminhado para a UBS de origem de tratamento, com o formulário de contrarreferência devidamente preenchido, onde constará a identificação do profissional que realizou o procedimento, o diagnóstico e o tratamento realizado.
- Quando o paciente necessitar de atendimento em duas ou mais especialidades para a resolução, haverá consultas multidisciplinares no CEO. Exemplo: aumento de coroa clínica prévia ao tratamento endodôntico, cirurgia pré protética.
- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente passar por consultas médicas na UBS ou Centro de Especialidades Médicas e somente após serem estabilizados devem ser encaminhados para o CEO.
- Pacientes menores de 18 anos somente serão atendidos com acompanhante maior de 18 anos ou autorização prévia dos pais.

1. DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DE BOCA E CÂNCER BUCAL

1.1 Requisitos Básicos para a Referência

- As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários de referência e contrarreferência, onde conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou lesão.
- O paciente referenciado para diagnóstico deverá ser acompanhado e continuamente estimulado a comparecer nos locais de referência desde a suspeita e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.
- O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial malignização, ou de outros agravos estomatológicos no CEO não devem inviabilizar o atendimento e acompanhamento desse paciente nas Unidades Básicas de Saúde.

1.2 Critérios para encaminhamento

- Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.
- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas.
- Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade.
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.
- Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperceratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causadores locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução.

2. ENDODONTIA

2.1 Requisitos Básicos para a Referência

- O encaminhamento para o CEO será realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde.
- Os usuários originados de atendimentos de urgência devem se dirigir às Unidades Básicas de Saúde para adequação aos critérios estabelecidos.
- O usuário em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado ao serviço especializado deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle da placa supragengival).

- Avaliar na Unidade Básica de Saúde, previamente ao encaminhamento, a viabilidade da reconstrução/restauração do dente tratado. Caso não seja possível restaurar o elemento na Unidade Básica de Saúde o paciente deve ser orientado pelo cirurgião-dentista sobre as possibilidades de tratamento existentes no serviço público e particular, após decisão do paciente o cirurgião-dentista deverá informar no prontuário e realizar o procedimento adequado.
- Avaliar, previamente ao encaminhamento, a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal. Solicitar a avaliação do profissional responsável pela periodontia dos dentes com envolvimento de furca nos graus 1 e 2.
- Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a apicificação. Antes de encaminhar o paciente para o CEO, o dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar.

2.2 Critérios para encaminhamento

- Estar em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde.
- Dentes permanentes unirradiculares, birradiculares ou multirradiculares.
- O paciente será atendido mediante apresentação de encaminhamento devidamente preenchido e radiografia periapical inicial do elemento que necessitará de tratamento endodôntico.
- Encaminhamento dos terceiros molares para endodontia, somente se o usuário apresentar muitos elementos faltantes, e houver necessidade de sua manutenção e com prognóstico favorável.
- Realizar preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, penetração desinfetante, curativo de demora e restauração provisória.

2.3- Critérios para exclusão

- Dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical.
- Dentes com perda de inserção que impossibilite sua manutenção na arcada, devem ser submetidos à avaliação prévia pelo periodontista.
- Não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomia, pois devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive nos casos de rizogênese incompleta

com vitalidade pulpar.

- Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito.

3. PERIODONTIA

3.1 Requisitos Básicos para a Referência

- O encaminhamento para o CEO será realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde.
- Os usuários originados de atendimentos de urgência devem se dirigir às Unidades Básicas de Saúde para adequação aos critérios estabelecidos.
- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supragengival).
- Avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento.

3.2 Critérios para encaminhamento

- Pacientes com queixa de hipersensibilidade dentinária severa.
- Pacientes com mobilidade dentária.
- Pacientes com hiperplasia gengival localizada e/ou generalizada.
- Pacientes que apresentem bolsas periodontais (sondagem superior a 3mm).
- Pacientes com abscesso gengival e/ou periodontal.
- Pacientes que apresentem dentes com invasão do espaço biológico.

3.3 Critérios para exclusão

- Pacientes com bolsas periodontais de até 4mm (devem ser tratados na UBS).
- Dentes com acentuada mobilidade vertical.
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

4. CIRURGIA ORAL MENOR

4.1 Requisitos Básicos para a Referência

- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supra gengival).

4.2 Critérios para encaminhamento

- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos – priorizar casos com sintomatologia.
- Frenectomia.
- Osteotomia corretiva.
- Cirurgia de tecidos duros e moles (torus palatino e mandibular, outros)
- Cirurgia pré protética.
- Dente supranumerário.
- Traumatismo de face.
- Infecções odontogênicas.
- Dente com localização ectópica com indicação de exodontia.
- Tracionamento ortodôntico.
- Neuralgia.
- Hiperplasias.

4.3 Critérios para exclusão

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica).
- Raízes residuais.
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

5. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

- Paciente com necessidades especiais é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada.
- Ou seja, não diz respeito apenas às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla que, por sua vez, não necessariamente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.

5.1 Requisitos Básicos para a Referência

- A porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais é sempre a Unidade Básica de Saúde.

- Avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;
- Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Quando necessário, deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.
- Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

5.2 Critérios para encaminhamento

- Pacientes que passaram pela Unidade Básica de Saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional.
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada.
- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento.
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica.
- Paciente com deficiência visual ou auditiva ou física quando associado aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica.
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento.
- Paciente com distúrbio neurológico "grave" (ex. paralisia cerebral).
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na Unidade Básica.
- Paciente autista.
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na Unidade Básica.
- Outros desvios comportamentais que trazem alguma dificuldade de condicionamento.

- No formulário de referência, devem constar as seguintes informações:
- As datas das tentativas de atendimento;
- Se o paciente tem deficiência: mental, visual, auditiva, física ou transtorno mental.

5.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima

A BHCL desenvolve suas atividades através de processos padronizados de gestão em face da organização e qualidade necessárias para a eficácia de suas ações.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis contará com a estrutura de normatização em conformidade com o modelo adotado pela Instituição, sendo este já validado em sua eficácia na integração plena dos processos e divulgação de rotinas e procedimentos.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis estará sob a estrutura padronizada de gestão contemplada por Normas Institucionais, além do manual de administração abrangendo gestão de pessoas e administração de pessoal, manual de rotinas de processos abrangendo apoio e hotelaria, procedimentos técnicos, assistência e atenção direta e indireta aos pacientes.

A composição dos manuais obedecerá ao mesmo padrão para todos os casos, ou seja, um protocolo médico, uma rotina administrativa ou um procedimento operacional padrão de um laboratório, serão apresentados em sua estrutura geral da mesma forma, favorecendo ao processo educacional respeitando as características de cada processo. Esclarecemos que a apresentação de descrição de como proceder contará com a forma mais aplicada de cada processo, ou seja, respeitando as características para cada atividade principalmente nos processos assistenciais e técnicos.

Apresentamos a seguir a demonstração da estrutura de gestão documental:

Nível 1 - Normas Corporativas

São as diretrizes que nortearão o processo de gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, desenvolvidas pela equipe corporativa da BHCL e aprovadas pela alta direção. São utilizadas em todas as unidades de saúde gerenciadas pela BHCL.

Nível 2 - Manuais Administrativos

São as diretrizes que norteiam todo processo de gestão da administração geral, financeira, faturamento, patrimônio, abrangendo a administração de pessoal e gestão de pessoas. As rotinas têm o objetivo da padronização de condutas em ambos os processos com base nas determinações normativas da BHCL.

Nível 3 - Rotinas dos Processos

São os documentos elaborados especificamente para determinada unidade de saúde, considerando suas especificidades, perfil e complexidade, porém estabelecidas em um escopo padronizado.

A seguir, apresentamos alguns exemplos de documentos que podem ser descritos,

- ✓ Administrativos
- ✓ Apoio e Abastecimento, Apoio Técnico, Hotelaria, SADT
- ✓ Atenção ao Paciente (Médica e Enfermagem)
  - ✓ Manutenção, Gestão do parque tecnológico
  - ✓ Gestão de terceiros, Avaliação de desempenho de prestadores de serviços
  - ✓ Rotinas de Gestão da Assistência, Rotina de Gestão Técnica;
  - ✓ Atendimento, Internação, processamento de roupas, processamento de materiais e esterilização, Assistência Nutricional, Assistência Social, Assistência Farmacêutica, Diagnóstico por imagem, Serviços de Raios X, métodos gráficos, rotinas administrativas das Unidades de Internação;
  - ✓ Gestão e Liderança, Gestão de Suprimentos, Farmácia/Almoxarifado, Diagnóstico e Laudos;
  - ✓ Gestão de custos, financeiro, contábil, patrimônio, prestação de contas;
  - ✓ Gestão de compras, contratos;
  - ✓ Rotinas e padronizações da Educação Permanente & Desenvolvimento
  - ✓ Rotinas de administração de faturamento/SAME;
  - ✓ Rotinas de Protocolo;
  - ✓ Demais rotinas dos processos que compõem a unidade.

As rotinas são a base para realização dos processos, na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis e contará com os protocolos médicos, procedimentos técnicos e procedimentos administrativos, abrangendo todos os processos, e apresentam a característica de abrangência para processo educacional e facilidade na aplicação prática de seu conteúdo

O horário de funcionamento será de segunda a sexta-feira, horário comercial.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 16**.

5.3.1 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde

A manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento de: móveis, equipamentos, central e rede de gases medicinais, estrutura predial, climatização, instalações hidráulica e elétrica, casa das máquinas (gerador, transformador e bombas) e extintores, assegurando toda a instalação predial em perfeito estado, dentro dos padrões fazendo com que todos os colaboradores desempenhem suas tarefas de maneira segura.

Ou seja, a Manutenção, pode ser definida como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema hospitalar em condições adequadas de funcionamento.

Desta forma, todos colaboradores da unidade estão indiretamente ligados à manutenção.

Grande parte dos equipamentos está sujeita a funcionamento contínuo e indispensável, o que exige a adoção de medidas preventivas contra qualquer falha. E, na sua ocorrência a aplicação de medidas corretivas de forma assertiva.

Conceitos

✓ Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de evitar a realização da manutenção corretiva. Além disso, também tem por objetivo o aumento da vida útil, desempenho, segurança e consequentemente a redução de custo referente à uma manutenção corretiva imediata.Os programas regulares da manutenção preventiva são:

- ✓ Inspeção geral, análise da integridade e natureza física;
- ✓ Lubrificação geral;
- ✓ Testes de desempenho e segurança elétrica;
- ✓ Substituição de peças com vida útil vencida.

Tem por finalidade a inspeção periódica dos aparelhos, equipamentos e instalações, e com a execução de serviço planejado e programado a fim de evitar a paralisação imprevista, por necessidade de reparos.

A manutenção preventiva aumenta a vida útil das instalações e equipamentos e a redução dos custos.

✓ Manutenção Corretiva:

É destinada a corrigir os defeitos que ocorreram nos equipamentos por seu uso prolongado e constante. Na manutenção corretiva é possível se ter a Manutenção Emergencial, realizada em caráter de urgência, com objetivo de impedir a paralisação de um serviço essencial.

O objetivo do serviço de manutenção é o de estabelecer fluxo adequado e procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da unidade, e quando for o caso, encaminhar a terceiros.

Gestão do serviço:

O planejamento e a organização do serviço de manutenção devem contemplar diversos fatores que exigem conhecimento especializado, entre eles: espaço para a instalação do serviço, seleção do equipamento e ferramentas adequados, quadro de pessoal e material de consumo.

Atividades

- ✓ Manutenção preventiva: predial e equipamentos;
- ✓ Manutenção corretiva: predial e equipamentos;
- ✓ Diagnóstico técnico de instalações e equipamentos sujeitos a riscos;
- ✓ Gerenciar suprimentos para execução das atividades;
- ✓ Gerenciar entrada e saída de equipamentos;
- ✓ Manter ficha técnica, manuais e controle das manutenções de cada equipamento;
- ✓ Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares e unidades);
- ✓ Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas, bem como pequenas reformas/adequações;
- ✓ Administrar recursos humanos de seu processo de trabalho.

Resultados

- ✓ Serviços programados e realizados eliminando o risco para a segurança do patrimônio;
- ✓ Identificação dos riscos e perigos;
- ✓ Orçamentos realizados em tempo hábil, mantendo custos administrativos em níveis aceitáveis.
- ✓ Elaboração, monitoramento e controle de Indicadores de Eficiência e Eficácia;
- ✓ Número de ordens de serviço recebidas e Tempo de execução das ordens de serviços;

- ✓ Total de ordens de serviço concluídas X Total de ordens de serviço pendentes;
- ✓ Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

Quadro. Quadro com apresentação de alguns indicadores:

Indicador	Fórmula	Eficiência/eficácia
% de serviços solucionados internamente	No. De Solicitações de Serviços Solucionadas internamente x 100 / No. De Solicitações de Serviços recebidos	Eficiência
Tempo Médio de Indisponibilidade dos Equipamentos Críticos	Σ tempos entre parada e retorno dos equipamentos à atividade / Nº de equipamentos consertados	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados X 100 / Nº de serviços de manutenção preventiva programados	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados X 100 / Nº calibrações programadas	Eficácia
Custo Médio de Reparo de Equipamentos	Σ gastos com manutenção de equipamentos / Nº de equipamentos consertados	Eficiência
Custo Médio de Reparos com estrutura*	Σ gastos com manutenção de estrutura / Nº de reparos/manutenções realizadas	Eficiência

*Desdobramento da fórmula para hidráulica, elétrica, reformas arquitetônicas e outras

Manutenção de Gerador

Serão realizadas as atividades de manutenção preventiva, corretiva e se necessária, manutenção emergencial no Gerador, de forma a garantir seu perfeito funcionamento para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. O objetivo é prevenir as falhas do equipamento, bem como o aparecimento de defeitos que possam ocasionar sua paralisação, e consequentemente ocasionando transtornos nas unidades e setores. Todos os serviços executados e plano de manutenção estará em conformidade com a Norma ISO 8528, que define todos os critérios para os grupos geradores.

A BHCL fornecerá o sistema de segurança e prevenção de incêndio, tais como placas de sinalização, mapa de risco da unidade, PGR (Programa de Gestão de Riscos – substitui o PPRA), bem como providenciando seguro contra incêndio do bem imóvel.

Sistema de Combate a Incêndio e Formação da Brigada

Para que uma edificação seja considerada segura, dar-se-á importância às medidas ou ações de segurança que estão ligadas à ocorrência de um sinistro (incêndio), como também o comportamento da edificação diante do sinistro.

O atendimento aos requisitos de segurança das medidas ou ações serve de base para o estudo sobre o sucesso ou não de uma evacuação, que tem como destaque a questão do tempo.

A formação da Brigada de Incêndio é obrigatória e prevista na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho (NR 23), no Decreto Estadual nº. 38069/93 do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo e é conformidade nas Diretrizes do decreto nº. 46.076, de 31 de agosto de 2001, que Institui o Regulamento de Segurança contra Incêndio das edificações e áreas de risco para os fins da Lei nº. 684, de 30 de setembro de 1975.

Conforme NBR 13714 que configura o seu sistema, o plano de inspeção e a sua periodicidade para a extinção do fogo por intermédio das proteções ativas com o uso de extintores, mangotinho, chuveiros automáticos, detecção, alarme, sinalização e iluminação de emergência.

Esclarecemos que as edificações que não possuem este sistema de proteção passiva e a equipe de brigadistas, pode ter suas atividades suspensas pelo Corpo de Bombeiros.

Sistema de Ar-Condicionado e Ventilação.

O sistema é formado por máquinas que deverão atender todos os requisitos de conforto e assepsia do estabelecimento. Os setores destinados ao condicionamento para fins de conforto, como salas administrativas, quartos de internação e os setores destinados à assepsia e conforto, tais como salas de cirurgias, UTI, etc. Deverão ser atendidos os índices de temperatura e umidade especificados nas normas NBR-7256 e NBR 6401: Instalações Centrais de Ar-Condicionado para conforto.

Nos setores descritos deverão ser adotados os índices da tabela 3 (*Ventilation Requirements for Hospital Areas Affecting Patient Care*) – NBR-7256 e NBR-6401.

No atendimento dos recintos citados acima deverão ser tomados os devidos cuidados, principalmente por envolver trabalhos e tratamentos destinados a análise e erradicação de doenças infecciosas, devendo, portanto, ser observados os sistemas de filtragens, conforme tabela 2 (*Filter Efficiencies for Central Ventilation and Air Conditioning Systems in General Hospitals*) - NBR-7256 e NBR-6401.

Toda a compartimentação do estabelecimento definida pelo estudo arquitetônico, visando atender a segurança da Unidade de Saúde e, principalmente, evitar contato de pacientes com doenças infecciosas, deverá ser respeitada quando da setorização do sistema de ar-condicionado, conforme determinação do *Ministério da Saúde – Portaria 3523 de 28/08/98 e da ANVISA – Resolução RE Nº 176 de 24/10/00.* Estabelecimentos acima de 05TR (15.000 Kcal/h = 60.000 BTU/H) devem implantar PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle).

Sistema de Gases Medicinais

De acordo com a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, o sistema de abastecimento de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido e óxido nitroso) pode ser de três tipos: cilindros transportáveis. Centrais de reserva: centrais de cilindros e tanques. Usinas Concentradoras de Oxigênio.

Ainda segundo a RDC n° 50, "O primeiro é utilizado no caso de emergências e uso eventual. O abastecimento é descentralizado em cilindros transportáveis até os pontos de utilização. O segundo e terceiro sistemas são centralizados. Neste caso o gás é conduzido por tubulação da central até os pontos de utilização. Os sistemas de baterias de cilindros devem estar conectados a uma válvula reguladora de pressão capaz de manter a vazão máxima do sistema centralizado de forma contínua. Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida."

Engenharia Clínica

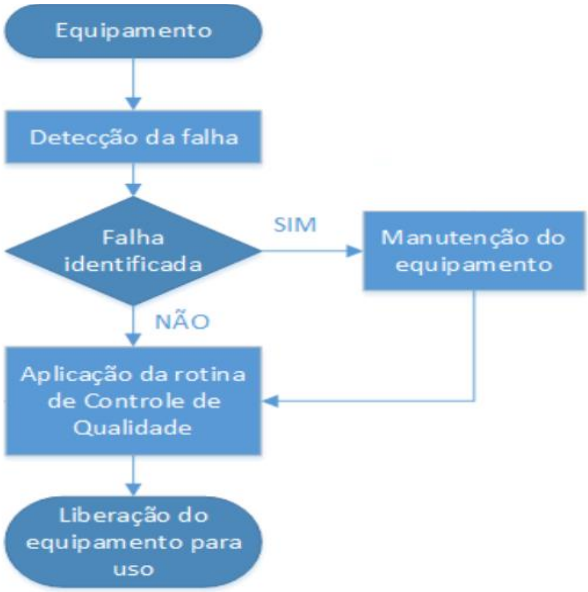
A Engenharia Clínica terá como atribuições:

- Responsabilidade Técnica sobre o equipamento médico-hospitalar próprio da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis;
- Elaborar inventário técnico;
- Elaborar programa de manutenção preventiva e corretiva;

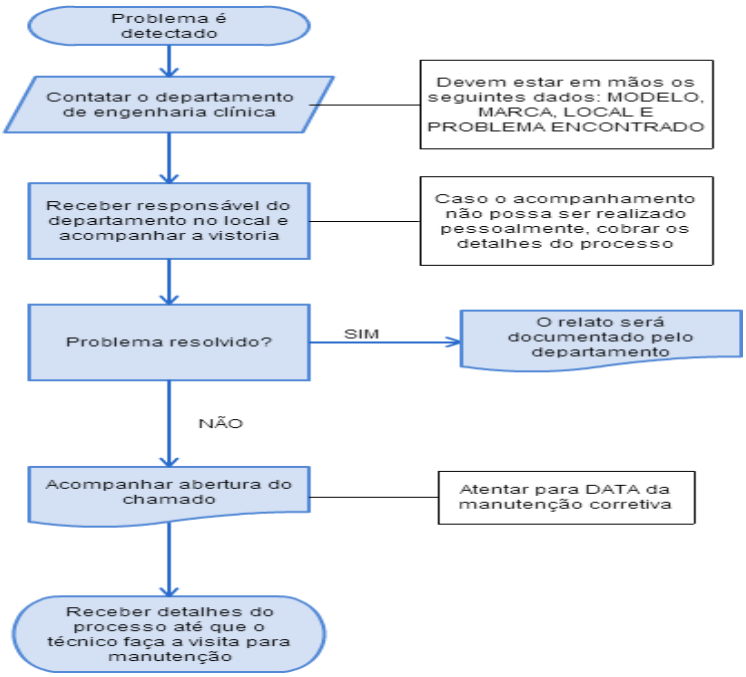
- Elaborar programa de calibração sobre parâmetros pré-definidos;
- Realizar diagnósticos para consertos, aferição, validação e liberação para uso;
- Efetuar testes de desempenho elétrico dos equipamentos;
- Indicar prestadores de serviços de manutenção preventiva/corretiva e avaliar seu desempenho;
- Elaborar relatórios com indicadores e controle de quantidade e qualidade de serviços e de custos;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- Efetuar a avaliação de obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, dentre outros;

Obs.: Deve ser entregue à Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis Relatório sobre os equipamentos e cronograma de manutenção.

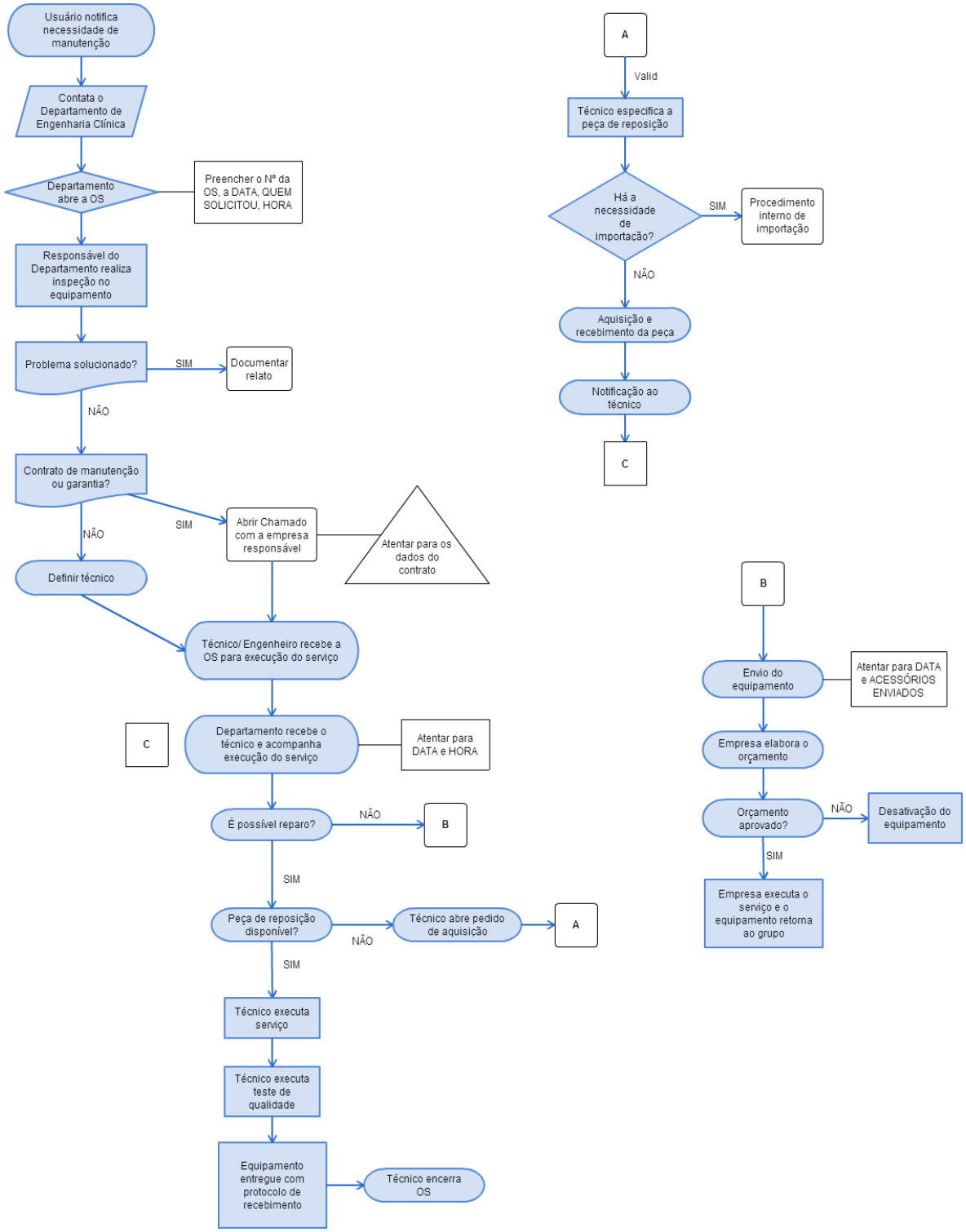
Fluxo. Fluxograma do Procedimento de Detecção de Falhas nos Equipamentos



Fluxo. Fluxograma para abertura de chamado



Fluxo. Fluxograma do processo de reparo necessário



a) Programa de Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de previnir a ocorrência da manutenção corretiva. Os programas regulares da manutenção preventiva são: reparos, lubrificações, ajustes, recondicionamentos de máquinas para toda a planta industrial.

Os programas de Manutenção Preventiva e suas frequências mínimas serão:

Quadro. Programas de manutenção preventiva e frequência mínima

Categoria do Equipamento	**Critérios Gerais**	**Frequência**
Equipamentos alimentados via rede elétrica	A Manutenção Preventiva abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e desempenho. A MP específica deve incluir a verificação de segurança elétrica (requerida por algumas normas).	Anual
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes de capacidade ou tensão da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga / carga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias com base em sua vida útil média.	Semestral
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos	Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho; limpeza e lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.	Semestral ou Trimestral
Equipamentos de ressuscitação ou manutenção da vida	Por causa da natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.	Semestral ou Trimestral
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma	Semestral ou Trimestral

	obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP.	
Equipamentos de monitoração crítica	Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter consequências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência.	Anual ou semestral
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança.	Semestral ou quadrimestral

b) Programa de Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva tem como finalidade corrigir, restaurar, recuperar a capacidade produtiva de um equipamento ou instalação, que tenha cessado ou diminuído sua capacidade de exercer as funções às quais foi projetado.

Apresentamos abaixo, a rotina para a realização dos serviços de manutenção corretiva:

- A solicitação de manutenção é feita através de envio de OS - Ordem de Serviço, preenchida pelo usuário e encaminhada ao responsável pelo NMG, que verifica se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição, garantia de serviço ou se é locado;
- O técnico do NMG faz uma avaliação para identificar a causa da falha, que será registrada em formulário específico;
- Serviços de baixa complexidade e fácil solução como substituição de fusíveis, limpeza, entre outros, são realizados pela equipe do NMG (desde que o equipamento não seja locado);
- Em serviços que exigem a presença de técnico de empresa terceirizada no local, este será acompanhado de técnico do NMG;
- Serviços que necessitem de envio ou retirada do equipamento para manutenção em oficina externa, são registrados em formulário específico;
- Após a manutenção do equipamento, seja ela realizada externamente ou internamente, são realizados testes para aferir o perfeito funcionamento do equipamento;
- Quando do retorno do equipamento, a OS é assinada pelo usuário ou responsável pelo departamento requisitante e encerrada.

c) Avaliação das Empresas Contratadas

Os Prestadores de Serviço são avaliados mensalmente através de questionário próprio.

O questionário é preenchido pelo NMG e encaminhada cópia para a Administração da unidade bem como para a Gerência de Compras e Contratos.

Esta avaliação fornece subsídios técnicos para decisões de permanência ou rescisão do contrato com a empresa prestadora do serviço.

d) Manutenção Predial

d.1) Programa de Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de prevenir a ocorrência da manutenção corretiva.

Quadro. Programas de manutenção preventiva e suas frequências serão:

Sistema	**Critérios Gerais**	**Frequência**
ESTRUTURA		
Fundações, Pilares, Vigas e Lajes	Inspeção e verificação de possíveis fissuras, trincas, rachaduras, ferragem aparente, desníveis, carbonatação.	Semestral
COBERTURA		
Vigamento	Inspeção e verificação	Semestral
Telhado	Limpeza	Bimestral
Impermeabilização	Inspeção, limpeza e reparos	Trimestral
Calhas e condutores	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
PAREDES		
Revestimentos	Inspeção, limpeza e reparos	Semestral
Pinturas	Retoques / Pintura	Anual

ESQUADRIAS		
Caixilhos de alumínio	Inspeção e limpeza	Anual
Caixilhos de ferro	Limpeza e/ou pintura	Anual
Caixilhos de madeira	Pintura e/ou reparos	Semestral
Portas e ferragens	Pintura e/ou reparos	Anual
Vidros	Limpeza e/ou substituição	Anual
HIDRÁULICA		
Entrada	Inspeção	Semestral
Reservatórios	Inspeção e limpeza	Semestral
Bombas hidráulicas	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Semestral
Ramais de abastecimento	Inspeção	Semestral
Registros, Torneiras e metais	Inspeção e troca de reparos	Semestral
Válvulas e caixas de descarga	Inspeção e troca de reparos	Semestral
Ralos e aparelhos sanitários	Inspeção e limpeza	Anual
Aquecedores e acessórios	Inspeção e troca de reparos	Semestral
Caixas coletoras e caixa de gordura	Inspeção e limpeza	Semestral
Outros equipamentos	Inspeção e troca de reparos	Variável
ELÉTRICA		

Subestações	Inspeção e reparos	Semestral
Isoladores e para-raios	Inspeção e reparos	Semestral
Rede de Aterramento	Inspeção e reparos	Semestral
Quadros gerais de força e luz	Inspeção / troca de fusíveis	Bimestral
Fios e cabos	Inspeção e reparos	Trimestral
Tomadas e Interruptores	Inspeção e troca	Semestral
Luminárias e lâmpadas	Inspeção, limpeza e reposição	Mensal
ELETRÔNICA		
Redes telefônicas	Inspeção e reparos	Anual
Sistema de detecção e alarme de incêndio	Inspeção e reparos	Trimestral
Sistema de sonorização	Inspeção e reparos	Anual
Sistemas de antenas coletivas de TV	Inspeção e reparos	Anual
PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIOS		
Extintores de incêndio	Inspeção e troca	Semestral
Hidrantes e sprinkler	Inspeção e reparos	Trimestral
Bombas hidráulicas	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Semestral
Válvula de governo e alarme	Inspeção e reparos	Trimestral
INSTALAÇÕES MECÂNICAS E UTILIDADES		

Elevadores	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Mensal
Ar-Condicionado central	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
Sistema de resfriamento de água de condensação	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
Condicionador de ar	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
Componentes de distribuição e difusão de ar	Limpeza e troca de filtros	Bimestral
Componentes de sistema hidráulico	Inspeção, limpeza reparos	Trimestral
Elementos de acionamento e transmissão	Inspeção e reparos	Trimestral
Quadros de força e comando	Inspeção e reparos	Semestral
Ventilação mecânica	Inspeção e reparos	Trimestral
Gás Combustível	Inspeção	Mensal
Oxigênio	Inspeção	Mensal
Ar Comprimido	Inspeção	Mensal
Vácuo	Inspeção	Mensal
Vapor	Inspeção	Mensal
Óxido Nitroso	Inspeção	Mensal
PAVIMENTAÇÃO		
Pavimento de concreto	Inspeção e reparos	Anual

d.2) Programa de Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva tem como finalidade corrigir, restaurar, recuperar a capacidade produtiva de um equipamento ou instalação, que tenha cessado ou diminuído sua capacidade de exercer as funções às quais foi projetado.

Apresentamos a seguir a rotina para a realização dos serviços de manutenção corretiva:

- A solicitação de manutenção é feita através de envio de OS - Ordem de Serviço, preenchida pelo usuário e encaminhada ao Gerente da unidade através de e-mail. Em casos urgentes, é feito contato por telefone a fim de agilizar o atendimento;
- O NMG faz a avaliação da engenharia e classifica essa ordem de acordo com a prioridade para atendimento (urgente, alta, média e baixa ou cancelada em casos que não se aplica a manutenção predial). Os pedidos são atendidos em ordem de prioridade e das mais antigas para as mais recentes. Esse pedido, depois de avaliado e classificado, é entregue ao encarregado que encaminha e orienta o profissional competente;
- O encarregado faz contato com o responsável pelo setor / requisitante para programar a execução dos serviços;
- O executante, de posse de ferramental e material, inicia os serviços de acordo com a programação pré-agendada;
- É feito registro no próprio pedido de OS da data e hora de início, data e hora de término, bem como intercorrências e / ou observações quanto ao serviço realizado;
- Após o término dos serviços, o encarregado faz vistoria ao local, dando por finalizado o serviço desde que *"a contento"* com a tarefa executada;
- O Departamento de Engenharia, aplica periodicamente um questionário de avaliação de qualidade ao responsável pelo setor / requisitante.

As respostas dos questionários são tabuladas, sendo os resultados apresentados em forma de relatório trimestral.

5.4 Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica

Os medicamentos e materiais a serem utilizados na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, inicialmente serão os padronizados pela Secretaria Estadual de Saúde, RENAME, REMUME e na Sede Corporativa da BHCL. As novas inclusões deverão ser padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, utilizando metodologia de análise caso a caso, sendo incluso o custo-benefício da padronização de cada item.

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em pala Comissão de Farmácia e Terapêutica e revisada periodicamente.

O manual será elaborado em consonância ao perfil da unidade e outros critérios que devem ser avaliados para que seu conteúdo seja efetivo.

Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle para administração e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque.

Além de elaborar a padronização, a comissão estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

O Regimento com as atribuições da CFT está amplamente discutido no **item 4.1.9**.

Os procedimentos para aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica está descrito, detalhadamente, no **Volume 1, item 3.2.1 Implantação da Logística de Suprimentos e no item 3.3.3 Proposta para manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio.**

5.4.1 Programas Especiais da Farmácia da Policlínica Estadual

- **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

O serviço de dispensação de medicamentos do CEAF tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS a estes medicamentos e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013 e normatizações vigentes.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis receberá os medicamentos do **CENTRO ESTADUAL DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO – Juarez Barbosa,** responsável pela sua distribuição , assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do CEAF executadas pela BHCL e disponibilizar o sistema próprio para registro das movimentações dos medicamentos.

Cabe à **BHCL** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização do serviço proporcional ao número de processos que serão atendidos na Policlínica e que garanta a realização da consulta farmacêutica. Em caso de aumento da demanda, ela será informada previamente pela contratante.

A BHCL implementará na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do CEAF, elaborado e organizado pela Equipe Técnica da SES.

O agendamento do atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica será realizado pela unidade (Policlínica), sendo registrado no prontuário do paciente.

Serão contabilizados como atendimentos mensais o número de pacientes com processo de medicamentos do CEAF atendidos no mês.

Segue em anexo a **ROTINAS DO CEAF PARA POLICLÍNICAS,** que será utilizado pela Policlínica Estadual conforme determinação da SES/GO. O mesmo se encontra no **ANEXO.11**

- **Implantação de Serviço de Atenção a IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais**

A farmácia da unidade deverá seguir o preconizado na Portaria Conjunta no 1, 16/01/2013, a qual institui o regulamento de Serviços de Atenção às IST/HIV/Aids e Nota Técnica 319/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS, 28/09/202, a qual define as normativas referentes ao processo de transferência e ao novo modelo de acesso aos medicamentos para Hepatites Virais.

Para a implantação de um Serviço de Atenção Especializada (SAE), há necessidade que esteja inserida uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM)/Farmácia, estabelecimento de saúde que realiza ações voltadas para a assistência farmacêutica, com a dispensação de medicamentos antirretrovirais, antivirais e para o tratamento de infecções oportunistas e insumos de prevenção, acompanhamento e monitoramento dos usuários, Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) , Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP).

A UDM/Farmácia deverá ter as seguintes características: Estar bem localizada, de fácil acesso, exclusivo para a realização das atividades voltadas à Assistência Farmacêutica, com circulação restrita aos funcionários, sala de espera, áreas de atendimento, consultório farmacêutico, armazenamento de medicamentos e administrativo, banheiros específicos para funcionários e usuários, as instalações de devem possuir superfícies lisas e impermeáveis, de fácil lavagem e sem rachaduras, condições de ventilação e iluminação, conforme as legislações vigentes, telefone, impressora;

Horário de funcionamento: deve acompanhar o mesmo horário de funcionamento do SAE;

Área de Atendimento - com computadores em número suficiente para atender à demanda de usuários com acesso à internet, telefone, cadeiras, recipiente para lixo, climatizada;

Sala de Atendimento Individual (consultório farmacêutico) - deverá conter no mínimo uma mesa, com 3 cadeiras, computador com acesso à internet, recipiente para lixo, climatizada.

Armazenamento – ambiente climatizado entre 18°C a 25oC, com controle e registro diário de temperatura e umidade relativa, prateleiras, armários com chave, refrigerador, termômetro (Temperatura máxima e mínima);

Recursos Humanos – Necessário a presença do farmacêutico, no mínimo 1 (um), durante todo o horário de funcionamento, dispensadores capacitados sob supervisão do farmacêutico, para realizar o atendimento e orientações aos usuários, equipe de apoio e limpeza suficiente para atender às dimensões do local.

Fornecimento de Medicamentos: Os medicamentos antirretrovirais e antivirais pertencem ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), portanto são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pela GERAF, mediante programação ascendente realizada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) AIDS e Hepatites.

Dispensação dos Medicamentos: Deverá ser realizada por meio do SICLOM Operacional (Aids) e SICLOM Hepatites (Hepatites), seguindo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Notas Informativas, Notas Técnicas do MS.

5.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial

A BHCL entende que será necessário terceirizar alguns serviços, para que todas as atividades realizadas na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis sejam prestadas com qualidade necessária, tornando os processos seguros.

O processo de contratação de serviços terceiros, bem como o serviço de limpeza, vigilância e manutenção predial seguirá o Regulamento de Compras e Contratações da BHCL, bem como o Termo de Referência para contratação de terceiros.

O Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL encontra-se apresentado em **Anexo 6,** e em **Anexo 7** apresentamos o Manual de Compras.

5.4 Política de Recursos Humanos

5.4.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações

A BHCL investe no treinamento e desenvolvimento dos seus colaboradores, passando pelo Programa de Integração, que tem por objetivo transmitir as políticas internas da Organização, para capacitar e integrar o novo colaborador ao ambiente de trabalho. Com o intuito de capacitar constantemente seus colaboradores, a BHCL conta com um plano de Treinamento & Desenvolvimento (T&D) para contemplar seus colaboradores. Além de capacitações técnicas, a BHCL realiza, ainda, um programa de Desenvolvimento Humano que trabalha as competências comportamentais.

Levantamento de Necessidade de Treinamento – LNT

O treinamento e desenvolvimento (T&D) é parte fundamental do processo de aprimoramento das habilidades na carreira dos colaboradores e pensando nisso o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT), tem seu papel fundamental para estratégia do negócio, onde conseguimos avaliar e treinar os profissionais com relação às competências técnicas, também conhecidas como hard skills e prevê o desenvolvimento das habilidades comportamentais (soft skills).

a) Programa de Integração Institucional:

O Programa de Integração Institucional da BHCL tem como objetivo abranger todos os novos funcionários, no qual os conteúdos apresentados são alinhados com as áreas de Recursos Humanos, como Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Administração de Pessoal – ADP, Medicina Ocupacional – MO, Segurança do Trabalho – ST e Educação Continuada, com o intuito de instrumentalizarmos nossos Gestores contamos também com a Integração para as lideranças.

b) Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta de gestão que busca, através dados e indicadores levantar informações qualitativas sobre o Ambiente de Trabalho, com base nessas informações o Departamento de Recursos Humanos consegue analisar qual a percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho, identificando fragilidades e oportunidades de melhorias.

Cabe à alta administração a decisão das ações e estratégia de abordagem: questões quantitativas e/ou qualitativas, método de coleta de dados (questionário físico ou eletrônico), e divulgação de resultados.

Etapas e uso das informações:

- Elaboração do projeto para a pesquisa de clima institucional e apresentação para a Direção da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.
- Contratação da empresa desenvolvedora do questionário em meio eletrônico;
- Elaboração de questionário, definição de prazo.
- Endomarketing: divulgação do processo, por e-mail e cartazes nos murais alocados em pontos estratégicos.
- Implementação da Pesquisa de Clima nos prazos determinados.
- Consolidação dos dados, elaboração de dashboards e apresentação do relatório final.
- Apresentação dos resultados para Gestores.
- Elaboração do plano de melhorias em conjunto: Direção, área do desenvolvimento e lideranças.
- Divulgação do resumo dos resultados e plano de melhorias para os empregados através de reuniões e nos canais de comunicação disponíveis.

c) Avaliação de Desempenho

A Avaliação por Competências é uma análise feita para avaliar a performance dos funcionários de uma empresa, relacionando o desempenho atual do profissional com as competências desejadas para o cargo, possibilitando a identificação de problemas e oportunidades de desenvolvimento na área de gestão de pessoas.

Objetivos da Avaliação de Desempenho por Competências:

• Melhorar o desempenho no que de fato importa;

• Estimular eficácia na comunicação interna e cultura de feedback;

• Identificar GAPS de competências;

• Avaliar potencial;

• Maior clareza do que é esperado pelo colaborador;

• Ter o histórico de desenvolvimento de cada colaborador

• Justiça interna

• Estimula o desenvolvimento das competências que são necessárias para a eficácia em todas as atribuições dos cargos;

• Estimula o líder a desenvolver as competências de liderança, para que seja capaz de orientar e desenvolver a equipe.

• Estreita o relacionamento entre líder e liderado, ou seja, entre avaliador e avaliado;

• Ferramentas objetiva e mensurável, que pode ser utilizada por qualquer profissional;

• O critério de mensuração não depende da subjetividade dos gestores e nem da equipe gestora do projeto;

• Gera credibilidade e fortalece a parceria entre RH e gestores de todos os níveis;

• O RH ganha visibilidade de toda empresa, podendo ocupar uma posição cada vez mais estratégica na gestão da empresa.

Desenvolvimento pessoal e profissional:

O crescimento pessoal e desenvolvimento profissional são as principais razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir. Ter uma equipe bem preparada contribui diretamente para o aumento do nível de satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os usuários da rede pública de saúde.

Proposta de Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de Clima Organizacional para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

1. **Introdução**

A Policlínica é uma instituição referência em serviços de saúde, comprometida com a excelência no atendimento e na promoção da saúde da comunidade. No entanto, a Policlínica reconhece que sua maior força reside em seus colaboradores. O desenvolvimento contínuo desses profissionais é essencial para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

O presente projeto visa implementar uma política integrada de Desenvolvimento Humano com o objetivo de fortalecer a cultura organizacional, promover o crescimento pessoal e profissional dos colaboradores e garantir um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo.

Um dos pilares deste projeto será a realização periódica de Pesquisas de Clima Organizacional, que permitirão à gestão identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas e preventivas, garantindo a satisfação dos colaboradores e a retenção de talentos.

2. **Objetivos Gerais**

Os objetivos deste projeto estão alinhados com a missão da Policlínica Estadual de proporcionar saúde de qualidade, bem como assegurar o bem-estar de seus colaboradores.

Para alcançar esses objetivos, a instituição pretende:

- Promover o desenvolvimento humano através de programas contínuos de capacitação e aprimoramento das competências técnicas e comportamentais.

- Fomentar a retenção de talentos, criando um ambiente de trabalho que valorize o colaborador, reconhecendo suas conquistas e oferecendo oportunidades de crescimento.
- Melhorar o clima organizacional de forma contínua, utilizando a pesquisa de clima como uma ferramenta estratégica para monitorar a satisfação e engajamento dos colaboradores.
- Incentivar a liderança e gestão de pessoas dentro da instituição, preparando gestores para atuar como líderes estratégicos, capazes de motivar e guiar suas equipes para a excelência.
- Garantir a equidade e inclusão no ambiente de trabalho, promovendo a diversidade e criando políticas que assegurem a igualdade de oportunidades para todos os colaboradores.

3. Princípios e Valores

O sucesso deste projeto está baseado em princípios e valores fundamentais que orientam todas as ações de gestão de pessoas na Policlínica Estadual. São eles:

- Ética e Transparência: Todas as ações e decisões devem ser orientadas pela integridade, honestidade e transparência. A comunicação aberta e a responsabilidade são pilares fundamentais da gestão de pessoas.
- Respeito e Dignidade: Tratar todos os colaboradores com respeito, garantindo a dignidade humana e promovendo um ambiente de trabalho inclusivo e justo.
- Excelência Profissional: O desenvolvimento contínuo de competências e habilidades é essencial para a excelência nos serviços prestados pela Policlínica. A busca pela melhoria constante deve ser uma prática diária.
- Comprometimento com a Saúde e Segurança: O bem-estar físico e mental dos colaboradores deve ser prioridade. Assegurar um ambiente de trabalho seguro e saudável é fundamental para garantir a produtividade e satisfação.

4. Estrutura do Projeto

O Projeto de Desenvolvimento Humano será estruturado em três eixos principais:

- Desenvolvimento de Pessoas;
- Clima Organizacional;
- Gestão de Talentos.

Cada um desses eixos será abordado com ações específicas, com metas claras e indicadores de sucesso definidos.

4.1. Eixo 1: Desenvolvimento de Pessoas

4.1.1. Programa de Integração

O Programa de Integração será uma das primeiras iniciativas do projeto, garantindo que os novos colaboradores se familiarizem com a cultura organizacional e as políticas da Policlínica desde o primeiro dia. A integração adequada é essencial para reduzir o turnover inicial e aumentar o engajamento dos novos colaboradores.

Objetivo: Facilitar a adaptação dos novos colaboradores, promovendo um ambiente acolhedor e integrando-os rapidamente às equipes de trabalho.

Ações:

- Implementar um Programa de Integração para todos os novos colaboradores, realizado no primeiro dia de trabalho.
- Apresentar a missão, visão, valores e políticas da Policlínica, bem como as expectativas em relação ao desempenho.
- Oferecer um tour guiado pela instituição, apresentando as principais áreas e setores.
- Disponibilizar um manual de integração com informações detalhadas sobre a Policlínica e seus processos.

4.1.2. Treinamento e Capacitação

O desenvolvimento contínuo dos colaboradores é um dos pilares fundamentais para garantir a excelência dos serviços prestados pela Policlínica Estadual. Um Plano Anual de Treinamento e Capacitação será elaborado para garantir que todas as necessidades de desenvolvimento sejam atendidas.

Objetivo: Atualizar e aprimorar os conhecimentos e habilidades dos colaboradores, garantindo que estejam preparados para enfrentar os desafios diários e fornecer o melhor atendimento aos pacientes.

Ações:

- Identificação de Necessidades de Treinamento (LNTD): Cada setor deverá realizar, anualmente, uma análise das necessidades de capacitação de seus colaboradores, com base em indicadores de desempenho, novas tecnologias e mudanças nos processos de trabalho.
- Plano Anual de Treinamento: Um plano será desenvolvido para cada setor, contemplando tanto treinamentos técnicos quanto comportamentais. O plano deve incluir treinamentos obrigatórios, como segurança no trabalho, além de capacitações específicas para cada função.
- Modalidades de Treinamento: Serão oferecidos treinamentos presenciais, à distância (EAD) e on-the-job, garantindo flexibilidade e acessibilidade para todos os colaboradores.

- Programas de Desenvolvimento de Lideranças: Capacitar os gestores para que desenvolvam competências essenciais de liderança, comunicação e gestão de pessoas.

4.1.3. Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento individual e institucional. Através de um sistema de avaliação por competências, a Policlínica poderá identificar pontos fortes e áreas de melhoria em cada colaborador, proporcionando feedbacks construtivos.

Objetivo: Avaliar o desempenho dos colaboradores de forma contínua, promovendo o desenvolvimento individual e assegurando que as metas institucionais sejam alcançadas.

Ações:

- Implementar um sistema de Avaliação por Competências, que avalie tanto as habilidades técnicas quanto comportamentais.
- Realizar avaliações semestrais, com a participação ativa dos colaboradores e de seus gestores.
- Estabelecer Planos de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, com metas e prazos específicos para o aprimoramento de suas competências.

4.2. Eixo 2: Clima Organizacional

4.2.1. Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional será uma ferramenta estratégica utilizada pela Policlínica Estadual para monitorar continuamente o nível de satisfação e engajamento dos colaboradores. Esta pesquisa permitirá à gestão identificar áreas críticas e implementar ações corretivas de forma proativa.

Objetivo: Diagnosticar o ambiente de trabalho, identificando fatores que afetam a satisfação, produtividade e bem-estar dos colaboradores.

Ações:

- Periodicidade: Realizar a pesquisa de clima organizacional anualmente, garantindo uma visão contínua sobre o ambiente de trabalho.
- Instrumento: Utilizar um questionário anônimo, abrangendo temas como condições de trabalho, relacionamento com lideranças, oportunidades de desenvolvimento e comunicação interna.
- Análise dos Resultados: Os dados coletados serão analisados por uma equipe multidisciplinar, que identificará as áreas críticas e proporá ações corretivas.
- Feedback aos Colaboradores: Os resultados da pesquisa serão divulgados de forma transparente a todos os colaboradores, garantindo que tenham conhecimento das áreas que serão trabalhadas.

4.2.2. Ações de Melhoria do Clima Organizacional

A partir dos resultados da Pesquisa de Clima Organizacional, a Policlínica deverá desenvolver ações específicas para promover melhorias no ambiente de trabalho. Essas ações podem variar desde intervenções pontuais em setores com problemas específicos, até programas institucionais de maior alcance.

Objetivo: Implementar ações que melhorem continuamente o clima organizacional, promovendo um ambiente de trabalho saudável, justo e motivador.

Ações:

- Programas de Qualidade de Vida no Trabalho: Promover iniciativas que equilibrem a vida profissional e pessoal dos colaboradores, como horários flexíveis, atividades de lazer e eventos sociais.
- Reconhecimento e Valorização dos Colaboradores: Criar programas de reconhecimento que valorizem os colaboradores que se destacam, tanto pelo desempenho quanto pelo comportamento alinhado aos valores da instituição.
- Comunicação Interna: Melhorar os canais de comunicação interna, garantindo que todos os colaboradores tenham acesso às informações necessárias de forma clara e transparente. Serão utilizados meios como intranet, newsletters, murais informativos, aplicativos corporativos e reuniões periódicas de equipe para garantir que as informações circulem de forma eficiente e que todos estejam alinhados com as metas e objetivos da Policlínica.
- Incentivo à Participação: Desenvolver mecanismos que incentivem a participação ativa dos colaboradores em processos decisórios e melhorias contínuas. Por meio de comitês multidisciplinares, fóruns abertos, reuniões e enquetes internas, a Policlínica buscará ouvir a voz dos colaboradores, assegurando que suas sugestões e preocupações sejam consideradas no planejamento institucional.
- Monitoramento Contínuo do Clima: Estabelecer um sistema de monitoramento contínuo do clima organizacional, além das pesquisas anuais. Este monitoramento permitirá que a gestão detecte rapidamente eventuais insatisfações e promova ações corretivas antes que se tornem problemas maiores.

4.3. Eixo 3: Gestão de Talentos

A Gestão de Talentos é um elemento-chave para a retenção de profissionais capacitados e motivados na Policlínica Estadual. Este eixo foca em práticas estruturadas de recrutamento, retenção e desenvolvimento de carreiras.

4.3.1. Recrutamento e Seleção

O processo de Recrutamento e Seleção será conduzido de forma estratégica, com o objetivo de atrair e selecionar os melhores talentos, alinhados à cultura organizacional da Policlínica.

Objetivo: Atrair e contratar profissionais qualificados que compartilhem dos valores da instituição e contribuam para o desenvolvimento contínuo da equipe.

Ações:

- Definição de Perfis de Competências: Cada cargo terá um perfil de competências claramente definido, contemplando tanto as habilidades técnicas quanto as comportamentais necessárias.
- Processos Seletivos Transparentes: As seleções serão realizadas de forma objetiva, transparente e imparcial, utilizando ferramentas de avaliação baseadas em competências.
- Promoção Interna: Sempre que possível, serão priorizadas as promoções internas, oferecendo aos colaboradores a oportunidade de crescimento e ascensão dentro da instituição.

4.3.2. Retenção de Talentos

A retenção de talentos é um dos maiores desafios enfrentados pelas instituições de saúde. Para reduzir o turnover e manter uma equipe qualificada, a Policlínica Estadual implementará políticas de valorização profissional e desenvolvimento contínuo.

Objetivo: Manter os profissionais estratégicos na instituição, garantindo que se sintam valorizados e motivados a contribuir com a Policlínica.

Ações:

- Reconhecimento e Recompensa: Desenvolver programas de reconhecimento, como bônus por desempenho, prêmios internos e promoções, que valorizem os colaboradores com base em seu comprometimento e desempenho.
- Programas de Qualidade de Vida no Trabalho: Implementar programas que promovam o bem-estar dos colaboradores, como auxílio saúde, ginástica laboral, programas de apoio psicológico e atividades de integração social.
- Plano de Carreira: Estruturar um plano de carreira claro e acessível, que ofereça aos colaboradores oportunidades de crescimento, baseadas em meritocracia e desenvolvimento contínuo.
- Pesquisas de Satisfação Interna: Além da pesquisa de clima organizacional, pesquisas específicas de satisfação serão realizadas periodicamente para identificar áreas que precisam de atenção especial em termos de retenção.

4.3.3. Planejamento de Sucessão

O Planejamento de Sucessão garante a continuidade dos negócios, identificando e preparando potenciais sucessores para cargos-chave dentro da Policlínica.

Objetivo: Assegurar que a instituição tenha profissionais capacitados e preparados para assumir posições de liderança e responsabilidade no futuro.

Ações:

- Mapeamento de Competências Críticas: Identificar as competências necessárias para as posições de liderança e mapear os colaboradores que apresentam potencial para desenvolver essas habilidades.
- Programas de Mentoria e Coaching: Implementar programas de mentoria e coaching, onde líderes experientes possam orientar e desenvolver os futuros gestores.
- Monitoramento e Avaliação de Potenciais Sucessores: Realizar avaliações periódicas dos colaboradores identificados como potenciais sucessores, verificando seu desenvolvimento e oferecendo feedback contínuo para seu aprimoramento.
- Desenvolvimento de Lideranças O desenvolvimento das lideranças é essencial para garantir que os gestores da Policlínica Estadual sejam capacitados a conduzir suas equipes com eficiência, garantindo a coesão e o alinhamento com os valores e metas institucionais.

5. Desenvolvimento de Lideranças

O desenvolvimento das lideranças é essencial para garantir que os gestores da Policlínica Estadual sejam capacitados a conduzir suas equipes com eficiência, garantindo a coesão e o alinhamento com os valores e metas institucionais.

5. 1 Programa de Desenvolvimento Gerencial

O Programa de Desenvolvimento Gerencial é uma iniciativa voltada para capacitar gestores e coordenadores a liderarem suas equipes de forma eficaz, alinhada à missão e aos valores da Policlínica.

Objetivo: Formar líderes capazes de inspirar suas equipes, gerenciar recursos de forma eficiente e promover um ambiente de trabalho positivo e produtivo.

Ações:

- Capacitação em Liderança Situacional: Oferecer treinamentos em liderança situacional, adaptando o estilo de liderança às necessidades e características da equipe.
- Gestão de Pessoas e Conflitos: Capacitar os gestores para gerenciar conflitos e construir um ambiente de trabalho colaborativo e harmonioso.

- Inteligência Emocional: Desenvolver competências emocionais nos gestores, permitindo que liderem suas equipes de forma equilibrada, empática e justa.
- Troca de Experiências: Promover workshops e encontros entre líderes para troca de experiências e melhores práticas de gestão.

5.2. Avaliação de Liderança

A Avaliação de Liderança é uma ferramenta essencial para monitorar o desempenho dos gestores, garantindo que suas práticas estejam alinhadas às expectativas institucionais.

Objetivo: Acompanhar e aprimorar continuamente o desempenho dos gestores, promovendo a melhoria constante da liderança dentro da Policlínica.

Ações:

- Avaliações 360 Graus: Implementar avaliações 360 graus, onde os gestores são avaliados por seus superiores, pares e liderados, oferecendo uma visão ampla e detalhada de seu desempenho.
- Estabelecimento de Indicadores de Desempenho: Definir indicadores de desempenho específicos para líderes, focados em resultados, gestão de pessoas e alinhamento com a cultura organizacional.
- Feedbacks Estruturados: Proporcionar feedback contínuo aos gestores, destacando seus pontos fortes e áreas de melhoria, e estabelecendo planos de desenvolvimento individual para cada líder.

6.Saúde, Segurança e Bem-Estar no Trabalho

A Policlínica Estadual tem como prioridade promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, que assegure o bem-estar físico e mental de seus colaboradores.

6.1. Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional é fundamental para garantir que os colaboradores desempenhem suas funções de forma segura e eficiente. Programas de prevenção e promoção de saúde serão implementados em toda a instituição.

Objetivo: Prevenir doenças ocupacionais e promover a saúde física e mental dos colaboradores.

Ações:

- Exames Médicos Periódicos: Realizar exames periódicos para monitorar a saúde dos colaboradores e identificar precocemente eventuais problemas de saúde.
- Campanhas de Saúde: Promover campanhas de vacinação, prevenção de doenças crônicas e incentivo a hábitos de vida saudáveis.

- Apoio Psicológico: Oferecer programas de apoio psicológico e assistência social aos colaboradores que necessitarem de acompanhamento.

6.2. Segurança no Trabalho

Garantir a segurança dos colaboradores é uma responsabilidade da instituição, que adotará medidas rigorosas de prevenção de acidentes e promoção de um ambiente de trabalho seguro.

Objetivo: Minimizar os riscos de acidentes de trabalho, garantindo a segurança dos colaboradores em todas as atividades.

Ações:

- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA): Implementar e monitorar o PPRA, assegurando que todos os riscos ambientais sejam identificados e mitigados.
- Treinamentos de Segurança: Realizar treinamentos obrigatórios sobre segurança no trabalho, protocolos de emergência e uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI).
- Monitoramento de Incidentes: Monitorar e investigar incidentes, adotando medidas corretivas para evitar a repetição de falhas.

6.3. Qualidade de Vida no Trabalho

A Qualidade de Vida no Trabalho é um fator importante para o bem-estar dos colaboradores, e a Policlínica Estadual adotará políticas que incentivem o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

Objetivo: Melhorar a qualidade de vida dos colaboradores, proporcionando um ambiente de trabalho equilibrado e saudável.

Ações:

- Horários Flexíveis: Implementar horários flexíveis em setores onde essa medida seja viável, permitindo que os colaboradores ajustem suas rotinas de acordo com suas necessidades pessoais.
- Atividades de Lazer e Integração: Promover eventos sociais, culturais e esportivos que incentivem a interação entre os colaboradores e contribuam para um ambiente de trabalho mais agradável e colaborativo.
- Programas de Reconhecimento: Estabelecer programas de reconhecimento ao mérito, premiando os colaboradores que se destacarem por seu desempenho e compromisso com os valores institucionais.
-

7. Políticas de Inclusão, Diversidade e Ética

A Policlínica Estadual está comprometida com a promoção de um ambiente de trabalho inclusivo, ético e diverso, que respeite e valorize as diferenças.

7.1. Inclusão e Diversidade

Promover a diversidade é um valor central para a Policlínica, que busca garantir igualdade de oportunidades para todos os colaboradores, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou qualquer outra característica pessoal.

Objetivo: Construir um ambiente de trabalho inclusivo e respeitoso, que valorize a diversidade e promova a igualdade de oportunidades.

Ações:

- Igualdade de Oportunidades: Garantir que todos os processos seletivos e promoções sejam conduzidos de forma imparcial, sem qualquer tipo de discriminação.
- Acessibilidade: Adaptar o ambiente de trabalho para garantir a acessibilidade a pessoas com deficiência, promovendo a inclusão de todos.
- Conscientização sobre Diversidade: Realizar campanhas e treinamentos que promovam a conscientização sobre diversidade cultural, racial e de gênero, incentivando um ambiente de respeito e cooperação.

7.2. Código de Ética e Conduta

O Código de Ética e Conduta da Policlínica estabelece diretrizes claras para o comportamento dos colaboradores, garantindo que todas as ações sejam conduzidas com base em valores éticos.

Objetivo: Orientar os comportamentos e decisões dos colaboradores, alinhados aos princípios éticos da instituição.

Ações:

- Divulgação do Código de Ética: Divulgar amplamente o Código de Ética e Conduta da Policlínica, garantindo que todos os colaboradores estejam cientes de suas responsabilidades.
- Treinamentos em Ética Profissional: Realizar treinamentos periódicos sobre ética profissional e conduta adequada no ambiente de trabalho.
- Canais Confidenciais para Denúncias: Estabelecer canais confidenciais para que os colaboradores possam denunciar condutas inadequadas de forma segura e anônima, assegurando que todas as denúncias sejam investigadas e tratadas de forma justa.
-

8. Gestão de Desempenho e Remuneração

A gestão de desempenho e a política de remuneração devem estar alinhadas com as melhores práticas de mercado, garantindo que a Policlínica Estadual ofereça salários competitivos e justos, recompensando os colaboradores pelo seu desempenho.

8.1. Política Salarial

A Política Salarial da Policlínica será baseada em critérios claros e objetivos, assegurando que os colaboradores recebam uma remuneração justa e compatível com suas responsabilidades.

Objetivo: Garantir que os salários dos colaboradores estejam alinhados com as melhores práticas de mercado, promovendo a justiça e a transparência na política de remuneração.

Ações:

- Pesquisa de Mercado: Realizar pesquisas salariais periódicas para garantir que os salários oferecidos pela Policlínica estejam alinhados às práticas do mercado.
- Critérios de Aumento Salarial: Definir critérios claros e objetivos para aumentos salariais, baseados em desempenho, antiguidade e metas alcançadas.
- Transparência na Remuneração: Garantir que todos os colaboradores compreendam as políticas de remuneração e os critérios para promoções e aumentos salariais.

8.2. Benefícios

Além de uma política salarial justa, a Policlínica oferecerá um pacote de benefícios que atenda às necessidades dos colaboradores, contribuindo para sua satisfação e bem-estar.

Objetivo: Oferecer benefícios que garantam o bem-estar dos colaboradores, alinhados com as melhores práticas do setor.

Ações:

- Vale-Alimentação e Auxílio-Transporte: Disponibilizar benefícios como vale-alimentação e auxílio-transporte, que ajudam a cobrir despesas básicas dos colaboradores.

9. Gestão de Conhecimento e Inovação

A Gestão do Conhecimento e Inovação é uma área estratégica que visa garantir que a Policlínica Estadual esteja sempre à frente em termos de tecnologia, práticas clínicas e gestão.

9.1. Educação Continuada

A Educação Continuada é uma ferramenta essencial para garantir que os colaboradores estejam sempre atualizados com as melhores práticas e inovações na área da saúde.

Objetivo: Promover o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, assegurando que estejam sempre atualizados com as melhores práticas e inovações do setor.

Ações:

- Incentivo à Educação: Oferecer bolsas de estudo, cursos de capacitação e apoio financeiro para especializações e pós-graduações.
- Grupos de Estudo e Pesquisa: Criar grupos de estudo e pesquisa dentro da Policlínica, incentivando a troca de conhecimentos entre os colaboradores.
- Participação em Congressos e Eventos: Incentivar a participação dos colaboradores em congressos, seminários e eventos da área de saúde, promovendo a troca de experiências e o acesso a novas práticas e tecnologias.

9.2. Gestão do Conhecimento

A Gestão do Conhecimento visa garantir que todo o conhecimento adquirido pelos colaboradores seja registrado, compartilhado e utilizado de forma estratégica pela instituição.

Objetivo: Garantir a preservação e compartilhamento do conhecimento, promovendo uma cultura de aprendizado contínuo.

Ações:

- Sistemas de Gestão do Conhecimento: Implementar sistemas de gestão do conhecimento, como bases de dados e uma intranet, para facilitar o acesso à informação e ao conhecimento institucional.
- Documentação de Processos: Estabelecer políticas de documentação de processos, garantindo que todo o conhecimento adquirido seja registrado de forma acessível a todos os colaboradores.
- Compartilhamento de Boas Práticas: Promover encontros regulares para que os colaboradores possam compartilhar boas práticas e inovações, incentivando a disseminação do conhecimento.

10. Responsabilidade Social e Sustentabilidade

A Policlínica Estadual reconhece sua responsabilidade não apenas com seus colaboradores e pacientes, mas também com a comunidade e o meio ambiente. Por isso, adota práticas de responsabilidade social e sustentabilidade em todas as suas atividades.

10.1. Engajamento Social

O engajamento social é um compromisso da Policlínica com a comunidade local, promovendo o bem-estar social e a inclusão.

Objetivo: Contribuir para o desenvolvimento social da comunidade local e promover a inclusão social.

Ações:

- Participação em Projetos Sociais: A Policlínica participará de projetos sociais voltados à saúde, como campanhas de vacinação, doação de sangue e programas de prevenção de doenças.
- Voluntariado: Incentivar o voluntariado entre os colaboradores, permitindo que eles contribuam com seu tempo e habilidades em projetos sociais da comunidade.
- Parcerias com ONGs: Estabelecer parcerias com organizações não-governamentais e outras instituições que promovem a saúde e o bem-estar social na comunidade.

10.2. Sustentabilidade Ambiental

A sustentabilidade ambiental é um compromisso da Policlínica em minimizar o impacto de suas atividades sobre o meio ambiente.

Objetivo: Adotar práticas sustentáveis que minimizem o impacto ambiental das atividades da Policlínica.

Ações:

- Redução de Resíduos: Implementar programas de redução de resíduos, com foco em reciclagem e manejo adequado de resíduos hospitalares.
- Uso Eficiente de Recursos: Promover o uso consciente de recursos naturais, como água e energia, adotando tecnologias que reduzam o consumo e os desperdícios.
- Compras Sustentáveis: Adotar práticas de compras sustentáveis, priorizando fornecedores que compartilhem do compromisso com a sustentabilidade e o meio ambiente.

11. Compliance e Legislação Trabalhista

A conformidade com as leis trabalhistas e a implementação de políticas internas claras são fundamentais para o funcionamento adequado da gestão de pessoas na Policlínica Estadual.

11.1. Conformidade Legal

A Policlínica compromete-se a seguir rigorosamente todas as legislações trabalhistas aplicáveis, garantindo que os direitos dos colaboradores sejam respeitados.

Objetivo: Assegurar o cumprimento de todas as obrigações legais trabalhistas, prevenindo litígios e garantindo um ambiente de trabalho justo.

Ações:

- Atualização Constante sobre a Legislação: Manter-se atualizado sobre todas as mudanças na legislação trabalhista e implementar as adequações necessárias.
- Auditorias Internas: Realizar auditorias internas periódicas para garantir que todas as práticas de gestão de pessoas estejam em conformidade com a legislação.
- Assessoria Jurídica: Disponibilizar assessoria jurídica para lidar com questões trabalhistas e garantir o cumprimento de todas as obrigações legais.

11.2. Políticas Internas

A criação de políticas internas claras e acessíveis é fundamental para garantir a compreensão e o cumprimento de todas as normas e procedimentos.

Objetivo: Desenvolver políticas e procedimentos claros que orientem o comportamento e as práticas de gestão de pessoas na Policlínica.

Ações:

- Elaboração de Manuais e Políticas: Desenvolver manuais e políticas internas acessíveis a todos os colaboradores, detalhando normas de conduta, procedimentos e direitos dos trabalhadores.
- Treinamentos sobre Políticas: Realizar treinamentos regulares sobre as políticas internas, garantindo que todos os colaboradores compreendam suas responsabilidades.
- Monitoramento e Aplicação de Políticas: Monitorar continuamente a aderência às políticas internas e aplicar medidas disciplinares quando necessário.

12. Indicadores e Avaliação da Política de Desenvolvimento Humano

A política de desenvolvimento humano da Policlínica Estadual será constantemente monitorada e avaliada para garantir sua eficácia e alinhamento com as necessidades da instituição e dos colaboradores.

12.1. Monitoramento de Indicadores

Objetivo: Avaliar a eficácia das políticas de recursos humanos e desenvolvimento humano implementadas.

Ações:

- Definição de Indicadores-Chave: Definir indicadores de sucesso, como taxa de turnover, absenteísmo, produtividade e satisfação dos colaboradores.
- Análise Periódica de Indicadores: Realizar análises periódicas dos indicadores e comparar os resultados com as metas estabelecidas.
- Ajuste de Estratégias: Com base nos resultados dos indicadores, ajustar estratégias e implementar melhorias contínuas no desenvolvimento humano e na gestão de pessoas.

12.2. Revisão da Política

A política de desenvolvimento humano será revisada regularmente para garantir que continue a atender às necessidades da instituição e de seus colaboradores.

Objetivo: Manter a política atualizada e alinhada com as mudanças no mercado de trabalho e nas necessidades internas.

Ações:

- Revisão Anual: Revisar a política de desenvolvimento humano anualmente, incorporando feedbacks dos colaboradores e mudanças legislativas ou institucionais.
- Consultas a Colaboradores e Gestores: Envolver colaboradores e gestores no processo de revisão da política, garantindo que suas necessidades e preocupações sejam consideradas.
- Aprovação pela Diretoria: Todas as alterações na política serão submetidas à diretoria executiva para aprovação antes de serem implementadas

O Projeto de Desenvolvimento Humano da Policlínica Estadual é um documento vivo, projetado para evoluir com as necessidades da instituição e de seus colaboradores. Ao implementar estas diretrizes, a instituição não apenas cumpre suas obrigações legais, mas também se compromete a criar um ambiente de trabalho justo, saudável e produtivo, onde cada colaborador possa desenvolver seu potencial ao máximo.

Através de uma gestão de pessoas eficiente, baseada em valores éticos, excelência profissional e compromisso com o bem-estar de todos, a Policlínica reafirma seu compromisso com a saúde da comunidade e com o desenvolvimento de seus colaboradores. O sucesso da instituição depende diretamente do engajamento, satisfação e desenvolvimento de sua equipe, e é com este compromisso que este projeto de desenvolvimento humano será implementado e continuamente aprimorado.

5.4.2 Apresentação de plano de cargos e salários

Documento que contempla a definição das funções, requisitos e remuneração praticada pela BHCL. Esse plano tem como objetivo organizar e padronizar os cargos internos

A BHCL entende que para uma gestão de RH ética, e transparência na relação laboral, é importante ter elaborado o Plano de Cargos e Salários.

O Plano de Cargos e Salários elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL contém a descrição do cargo, com as competências, habilidades e tempo de experiência necessários para a assunção do cargo.

O Plano de Cargos e Salários encontra-se apresentado na íntegra, em **Anexo 8**.

5.4.3 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

5.4.3.1 Normas para Seleção de Pessoal

A admissão dependerá da prévia aprovação em Processo Seletivo constituído, conforme documento Norteador de Recrutamento e Seleção. O candidato à vaga somente será admitido mediante aprovação no Processo Admissional que contempla o exame médico, que é realizado pelo SESMT - Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho e entrega da documentação, que é realizada para a Administração de Pessoal.

O Recrutamento Interno poderá ocorrer da seguinte maneira:

- ✓ **Recrutamento Interno na Própria Unidade:** o processo seguirá o padrão de divulgação e etapas previstas e/ou complementadas em conjunto com o solicitante, é realizada abertura de processo dentro da Unidade de origem do colaborador, os processos são validados pela área de Movimentação e são realizadas as etapas do processo, finalizando com as entrevistas.
- ✓ **Recrutamento Interno na rede de Unidades Administradas pela BHCL, por Região:** o processo seguirá o padrão de divulgação e etapas previstas e/ou complementadas em conjunto com o solicitante, após escolha do candidato, a área de R&S irá constituir um banco de talentos, que permanecerá ativo por 6 (seis) meses, para eventual demanda da mesma opção por outro solicitante, destinada a mesma categoria.
- ✓ **Promoção Direta por Performance:** Gestor preenche formulário de avaliação para Promoção Direta por Performance e encaminha encaminhando para a área de Movimentação para que possa analisar, se o colaborador atende aos requisitos do cargo pleiteado. Após aprovação em todas as etapas do processo o profissional é contratado por período de experiência de 90 (noventa) dias, subdividido em dois períodos iguais de 45 (quarenta e cinco) dias cada um, sendo que, se não houver manifestação de nenhuma das partes envolvidas, ao final dos 90 (noventa) dias passa a vigorar por prazo indeterminado, em conformidade com o artigo 445 parágrafo único da CLT.

MODELO DE REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I
Das Disposições Gerais

Art. 1º Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos

Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas Unidades Assistenciais de Saúde.

Art. 2º O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPÍTULO II

Do Processo De Seleção

Título I – Das Competências

Art. 3º No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete.

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial.

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal.

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área de Recursos Humanos da Unidade Assistencial.

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.

b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4º O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§1º. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

§2º. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§3º. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos.

I - Substituição de um colaborador.

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5º O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6º O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas.

I – Primeira Etapa. análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa. os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações.

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa. os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa. os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7º As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

Artigo 8º A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo à vaga, sendo que apenas qualifica o candidato ao perfil de vaga oferecida, podendo o processo seletivo servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Artigo 9º Será assegurado aos portadores de necessidades especiais o direito de participação no processo seletivo, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei Federal nº 8.213/91.

Artigo 10. As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a contratação de pessoas jurídicas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPÍTULO III
DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Artigo 11. A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após decorridos 06 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão.

§1º. Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo;

§ 2º. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.

CAPÍTULO IV
DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Artigo 12. A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho Administrativo, as normas técnicas aplicáveis, a legislação trabalhista vigente, as convenções coletivas de trabalho de cada região, os acordos coletivos e individuais de trabalho, a competitividade de mercado, localização geográfica da unidade requisitante e por outras variáveis que impactarem nas dimensões econômicas, administrativas e jurídicas como meio hábil a assegurar remunerações compatíveis com as atividades, grau de escolaridade, experiência dos profissionais;

Artigo 13. Terá seu contrato de trabalho rescindido o colaborador que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares não cumprir a jornada de trabalho, a carga horária semanal, apresentar desempenho insatisfatório, não cumprir as metas previamente estabelecidas ou ainda, incorrer em qualquer infração que acarrete, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho falta passível de desligamento.

Parágrafo Único. A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE poderá adotar critérios de avaliação de desempenho diferenciados para cada unidade gerenciada, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pela administração pública contratante/convenente.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 14. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Artigo 15. O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Data; Assinaturas

Será entregue aos Colaboradores, o Código de Integridade, Ética e Compliance, e o modelo desenvolvido pela BHCL segue em **Anexo 9.**

Figura. Capa do Código de Integridade, Ética e Compliance

Fonte: BHCL, 2022

5.4.3.2 Processo de Admissão e Contrato de Trabalho

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime da CLT.

Candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar documentação após divulgação do exame admissional.

Relação de Documentos para Admissão

6. Carteira de Trabalho;
7. 1 cópia do Título de Eleitor;
8. 1 cópia do certificado de reservista ou dispensa;
9. 1 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);
10. 1 cópias do CPF;
11. 1 cópias da carteira de identidade – RG;
12. 1 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN, CRM, outros);
13. 1 fotos 3x4 (recente);
14. 1 cópia do PIS;
15. 1 cópia certidão de casamento ou nascimento;
16. 1 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
17. 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, dos filhos menores de 05 anos;
18. 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, do candidato;
19. 1 cópia do diploma ou histórico escolar;
20. 1 cópia do certificado de especialização, sem houver;
21. Exame médico admissional;
22. Apresentar dados bancários de conta corrente ou poupança.

OBS.: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração de novos colaboradores.

Modelo: Contrato de Trabalho

Contrato de Experiência

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa XXXXXXXXXX com sede à RUA XXXXX, XX, XXXXXXXX, cidade XXXXXX, Estado XX, inscrita no CNPJ do MF sob No. XXXXXXXXXXXXXX denominada Empregadora, e o Sr....., domiciliado a Rua....., Bairro.....,

cidade....., Estado....., portador da CTPS No./Série 99999/999/XX doravante designado Empregado, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições vigentes:

1. O Empregado trabalhará para o Empregador na função de ..... e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas ou avisos, segundo as necessidades da Empregadora desde que compatíveis com as suas atribuições.
2. O local de trabalho situa-se O MESMO DA EMPRESA podendo a Empregadora, a qualquer tempo, transferir o Empregado a título temporário ou definitivo, tanto no âmbito da unidade para a qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste Estado ou de outro País, em conformidade com o parágrafo 1º. Do artigo 469 da Consolidação das Leis do Trabalho.
3. O horário de trabalho do Empregado será o seguinte: 2ª. à 6ª. : Das 08:00 às 12:00 – das 13:00 às 17:00.
4. O Empregado perceberá a remuneração de R$ 0,00 por mês (valor por extenso em reais).
5. O prazo deste contrato é de 45 dias, com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX.
6. Além dos descontos previstos em Lei, reserva-se a Empregadora o direito de descontas do Empregado as importâncias correspondentes aos danos causados por ele, com fundamento no parágrafo 1º. Do artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho.
7. O Empregado fica ciente do Regulamento da Empresa e das Normas de Segurança que regulam suas atividades na Empregadora e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.
8. Permanecendo o Empregado a serviços da Empregadora após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.
9. A rescisão do presente contrato, sem justa causa, por parte da Empregadora ou do Empregado, antes do término do contrato, implicará em indenização, e por metade, a indenização que teria direito até o término do contrato, conforme art. 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Tendo assim contratado, assim o presente instrumento, em duas vias, presença da testemunha abaixo.

XXXX, ... de ..... de .....

_____ _____

INSTITUTO Nome do Empregado

_____ _____

Testemunha Responsável quando menor

PRORROGAÇÃO DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Por mútuo acordo, o presente contrato de experiência fica prorrogado até XX/XX/XXXX.

XXXX, ... de ..... de .....

_____ _____

ENTIDADE Nome do Empregado

Remuneração

O processo de remuneração do colaborador será operacionalizado pela Administração de Pessoal. Neste setor será realizado todo controle de remuneração dos colaboradores, seguindo as exigências legais das Consolidações das Leis do Trabalho e das Convenções Coletivas das classes de trabalho da Instituição.

É assegurado ao trabalhador, além da remuneração base, valores como adicional noturno, adicional de insalubridade, adicional de periculosidade, salário-família, auxílio creche, e outros, de acordo com as respectivas convenções de trabalho e de acordo com as especificidades de cada cargo.

Além desses itens, é assegurado o pagamento do 13º. salário e Férias remuneradas de até 30 dias para todos os colaboradores, independentemente do cargo que assumem.

Desligamento

O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Aposentadoria, Dissídio Coletivo da Classe, Maternidade e Afastamentos Médicos) e dar retorno ao Gestor.

Com a decisão do desligamento, o Gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir alçada de aprovação, Gestor Imediato ou Gestor Mediato, Gestor de RH, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa.

É de responsabilidade de o Gestor Imediato ou Gestor Mediato comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.

O Gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

Férias

O Gestor deve enviar (via correio eletrônico) a comunicação do gozo de férias de seus respectivos colaboradores para Administração de Pessoal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando a data de início das férias. Quando este caírem sobre dias não úteis, o início das férias deve ser programado para o primeiro dia útil seguinte.

Cada colaborador deve entregar sua carteira de trabalho profissional para Administração de Pessoal seguindo o prazo de 30 dias de antecedência do início das suas férias.

A Administração de Pessoal enviará aos gestores a programação do mês com antecedência de 10 (dez) dias da data de início das férias.

O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de 02 (dois) dias do início das férias. O colaborador deverá comparecer na Administração de Pessoal para assinatura do recibo na mesma data do pagamento.

Para o recebimento do 13º. salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme Legislação vigente.

5.4.3.3 Avaliação de Desempenho

A Avaliação por Competências é uma análise feita para avaliar a performance dos funcionários de uma empresa, relacionando o desempenho atual do profissional com as competências desejadas para o cargo, possibilitando a identificação de problemas e oportunidades de desenvolvimento na área de gestão de pessoas.

Objetivos da Avaliação de Desempenho por Competências:

- Melhorar o desempenho no que de fato importa;
- Estimular eficácia na comunicação interna e cultura de feedback;

• Identificar GAPS de competências;

• Avaliar potencial;

• Maior clareza do que é esperado pelo colaborador;

• Ter o histórico de desenvolvimento de cada colaborador

• Justiça interna

• Estimula o desenvolvimento das competências que são necessárias para a eficácia em todas as atribuições dos cargos;

• Estimula o líder a desenvolver as competências de liderança, para que seja capaz de orientar e desenvolver a equipe.

• Estreita o relacionamento entre líder e liderado, ou seja, entre avaliador e avaliado;

• Ferramentas objetiva e mensurável, que pode ser utilizada por qualquer profissional;

• O critério de mensuração não depende da subjetividade dos gestores e nem da equipe gestora do projeto;

• Gera credibilidade e fortalece a parceria entre RH e gestores de todos os níveis;

• O RH ganha visibilidade de toda empresa, podendo ocupar uma posição cada vez mais estratégica na gestão da empresa.

5.4.3.4 Sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

Absenteísmo

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente.

A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento tem sido chamado a contribuir para o seu entendimento, a Psicologia, a Sociologia e a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, pois suas causas estão atreladas a diversos fatores, que vão desde questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo.

Seu efeito é negativo, onde a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O absenteísmo é um problema muito sério na atividade ambulatorial. A importância da atuação dos funcionários, em virtude de se lidar com vidas humanas, o funcionamento 24 horas

sete dias por semana, a necessidade de atenção e cuidado em atividades críticas requer que os funcionários estejam não só presentes como bem-dispostos para o trabalho.

O absenteísmo é um sintoma de que algo não vai bem com o funcionário no aspecto pessoal físico/social/psicológico/financeiro (doença/problemas particulares do funcionário, doença/problemas particulares de familiares próximos, outros empregos etc.) ou em relação à empresa (desmotivado por algum motivo, antipatia com a chefia etc.).

Cabe ao chefe do funcionário, se necessário com o auxílio do RH, identificar as causas do absenteísmo e combatê-las.

A liderança deverá trabalhar os pontos que lhe são afetos e o RH deverá identificar a necessidade de eventuais ajustes na política de salários, benefícios, recrutamento e seleção etc.

Além disso, o RH poderá identificar a necessidade de orientações para a própria chefia do funcionário no sentido de mudar atitudes em relação a um determinado funcionário ou aos funcionários que lhe são subordinados.

A política de gestão de pessoas no sentido de reduzir o absenteísmo será composta por um processo de bonificar os funcionários que não tenham nenhuma falta em 6 meses e 12 meses corridos.

A bonificação será uma combinação de remuneração em dinheiro e em prioridade na escolha de períodos de férias e plantões.

Essa estratégia tem funcionado muito bem em diversos hospitais.

O RH da unidade de saúde adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo não é mudar de forma radical a postura dos trabalhadores.

As pessoas não precisam ser administradas e sim devem ser consideradas parceiras da organização da unidade.

Pode-se dividir o absenteísmo em dois grupos.

- Ausências legitimas
- Ausências não-justificadas

SUGESTÕES DE CONDUTAS

a) Analisar a Situação

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, e imperativo que se controle as ausências não-justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema e apenas o tempo que eles dedicam a análise dos índices de comparecimento ao

trabalho. Esses índices podem revelar situações graves e identificar os funcionários que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

b) Demonstrar Preocupação

Demonstrar ao funcionário que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

c) Explicar as Consequências

Explicar ao funcionário faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor, seja relembrando os aspectos da política da unidade de saúde ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons funcionários não se transformam em problemas da noite para o dia.

Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do funcionário com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

d) Aplicar as Normas da Unidade de Saúde

Por mais bem dirigida que seja a política da Unidade quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

Profissionais de Enfermagem

Observar a Proposta de "Regimento do Serviço de Enfermagem". Capítulo VI, Art. 25O , parágrafo sexto. "As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito a suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho".

O parágrafo sétimo, do citado Art. afirma que. "As faltas nos dias uteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares".

Outros Profissionais

A coordenação responsável pelo funcionário deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Estímulo à Produção

O estímulo à produção compõe-se de um conjunto de fatores importantes e interligados.

Ambiente de trabalho estimulante e equânime

Salários competitivos

Possibilidade de crescimento profissional

Remuneração adicional atrelada a desempenho profissional (meritocracia).

A BHCL adota essa política de estimular os profissionais da instituição.

PREVENINDO O ABSENTEÍSMO

a) Treinamento do funcionário recém-contratado

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da Unidade de Saúde missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para a Unidade e para a equipe de trabalho.

b) Treinamento Mensal

Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais.

c) Desenvolver uma Política de Reconhecimento e Valorização

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na Unidade, o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH - Valores Humanos.

Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, serão Implementadas, na Unidade, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos. os da Instituição e dos funcionários.

A. Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento médico, inerentes a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de

prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

B. Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades serão realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os funcionários e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

C. Relatórios Gerenciais

O Departamento de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada funcionário e da sua área de atuação como um todo.

Administração de Cargos e Salários e Remuneração

Conhecer a remuneração como componente fundamental às estratégias de Recursos Humanos, diante do cenário de uma economia competitiva, compreendendo o processo e as técnicas básicas para a estruturação e implantação de um plano de cargos e salários. Adquirir uma visão prática para o desenvolvimento e análise de descrição e especificação de cargos. Fundamentos para a implantação e manutenção de uma estrutura de cargos e salários em busca de melhor aproveitamento do potencial humano da empresa e otimização dos resultados.

A descrição de cargos consiste em definir os papéis da equipe de trabalho na organização, suas responsabilidades, competências, habilidades e atitudes desejadas na estrutura. Esta descrição de cargos está alinhada com a avaliação de desempenho e procedimentos operacional padrão.

A política de remuneração é definida de modo a manter-se competitiva no mercado, capaz de atrair, reter e motivar os profissionais.

Realizaremos pesquisas de mercado com segmentos da área da saúde. Os resultados da pesquisa permitem a definição de faixas salariais perfeitamente alinhadas aos valores praticados pelo mercado.

As relações com os Sindicatos e entidades de classe serão mantidas e aprimoradas, com base no reconhecimento recíproco dos direitos e deveres dos empregados da organização.

5.4.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

5.4.4.1 Registro e controle de pessoal

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança (gerência e diretoria).

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Gestor Imediato.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela Gerência responsável e informadas a Administração de Pessoal por impresso próprio ou via correio eletrônico.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerada falta grave, devendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros.

O Gestor é responsável por enviar a Administração de Pessoal, no dia da ocorrência por correio eletrônico, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados, declaração de comparecimento ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

As justificativas que não forem informadas a Administração de Pessoal no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente a 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

Registro e Controle de Pessoal: Ponto Eletrônico

A Unidade utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado

por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado.

Caberá ao colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

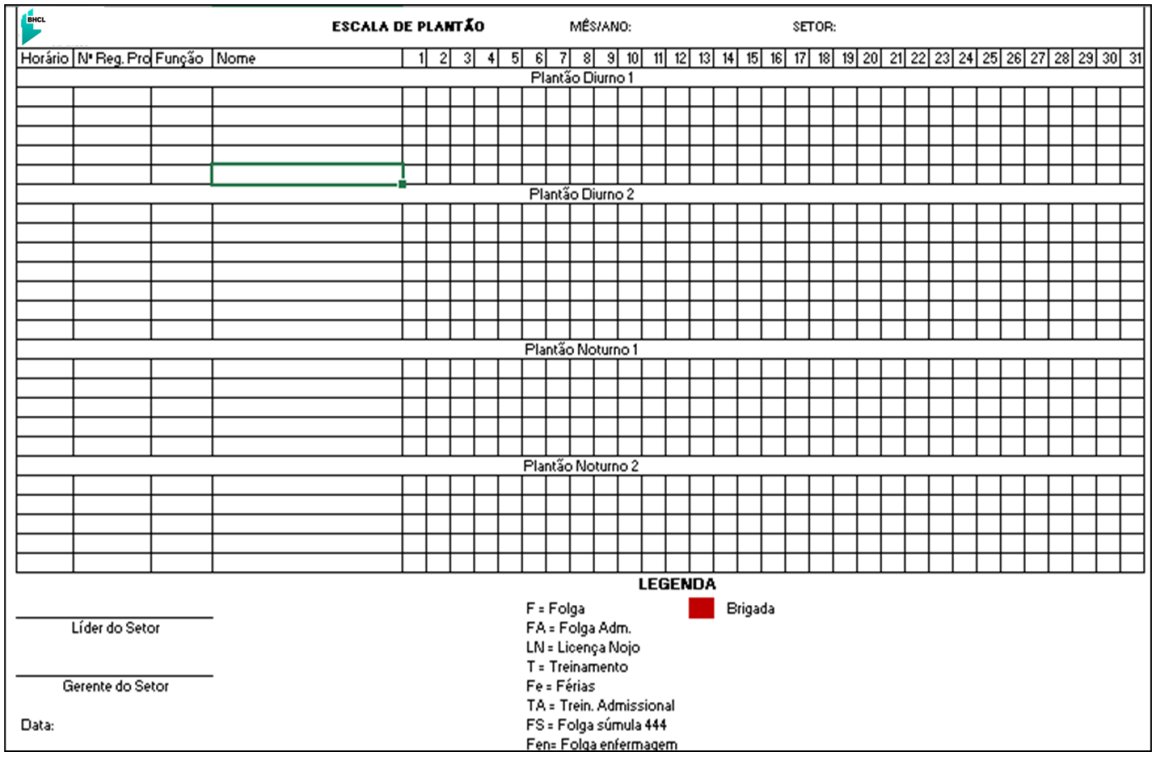
O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer a Unidade deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização prévia do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o último dia do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

A seguir, apresentamos modelos de escalas.

5.4.4.2 Modelo de escala para o corpo de enfermagem



ESCALA DE PLANTÃO MÊS/ANO: SETOR:

Horário	Nº Reg. Pro	Função	Nome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Plantão Diurno 1																																		
Plantão Diurno 2																																		
Plantão Noturno 1																																		
Plantão Noturno 2																																		

LEGENDA

Brigada

F = Folga
FA = Folga Adm.
LN = Licença Nojo
T = Treinamento
Fe = Férias
TA = Trein. Admissional
FS = Folga súmula 444
Fen= Folga enfermagem

Líder do Setor

Gerente do Setor

Data:

b) Modelo de Escala para o Corpo Médico

ESCALA DE TRABALHO

SETOR: CENTRO CIRÚRGICO

MÊS				MÊS																												
DIA DA SEMANA				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
NOME	CARGO	CH	VINCULO	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
	Médico	20	EFETIVO						DN							DN							DN							DN			
	Médico	24	EFETIVO				DN							DN							DN							DN						
	Médico	24	DT					DN							DN							DN							DN				
	Médico	24	EFETIVO						DN							DN							DN							DN			
	Médico	24	EFETIVO				DN							DN							DN							DN						
	Médico	24	EFETIVO					DN							DN							DN							DN					
	Médico	40	DT							DN							DN							DN							DN		
	Médico	24	DT							DN							DN							DN							DN		

LEGENDA:

M	MANHÃ	N	NOITE	FL	FOLGA	C	COMPLEMENTAÇÃO
T	TARDE	D	DIA	FE	FÉRIAS		

OBS.: A ESCALA ESTÁ SUJEITA A ALTERAÇÕES, CONFORME NECESSIDADE DO SERVIÇO.

1. A responsabilidade pela troca de plantão é do Médico plantonista conforme parecer número, de 2009, do Conselho Regional de Medicina.
2. Para ausentar-se do plantão o Médico escalado deve indicar um colega para substituí-lo e então informar ao Diretor Clínico.

5.4.4.3 Critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

Todo Afastamento seja por férias ou licenças deverão ser informadas nas escalas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Quando se fizer necessário, seja pela criticidade do setor ou pelo tempo de afastamento do colaborador, a BHCL poderá contratar profissionais temporários para garantir a qualidade da assistência e segurança tanto do paciente, quanto do colaborador.

Os profissionais temporários serão contratados apenas para o período necessário, sendo que seu contrato será rescindido assim que findar o prazo. Na hipótese de desligamentos ocorridos no período de cobertura ou após, e de acordo com sua avaliação de desempenho, esse colaborador pode vir a ser contratado por tempo indeterminado.

5.4.4.4 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

A BHCL compreende o processo de Educação Permanente dentro das diretrizes propostas pela Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2006). A BHCL entende que a execução de ações referentes ao treinamento e capacitação dos profissionais de saúde é um processo permanente, que permite estrategicamente que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades, possibilitando melhoria da qualidade das ações de saúde promovidas pelas Unidades de Saúde e segurança para os trabalhadores e pacientes.

A educação em saúde, além de contribuir para o desenvolvimento das pessoas, assegura a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da instituição de saúde neste cenário de mudanças vertiginosas e demandas qualitativas dos usuários. A educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e acrescida de informações de várias fontes: técnicas, científicas e mesmo políticas.

A educação em saúde tem diversos sinônimos e que, em alguns casos, geram concepções diferentes tais como educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nos serviços de saúde, em virtude das especificidades destes serviços.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e para atender ao Art. 200 que regulamenta "que é função dos municípios ordenar e formar os "Recursos Humanos" para que possam atuar no SUS. Passa-se, então, aos Municípios uma grande responsabilidade, como também a preocupação encontrarem parceiros para essa tarefa, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto.

Os serviços de atenção à saúde desenvolvem processos educativos para aprimorar o trabalho assistencial à saúde através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. É entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do colaborador, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional.

A Política de Desenvolvimento de Pessoas da BHCL é responsável pela gestão integral das ações de desenvolvimento e capacitação de todos os profissionais pertencentes às Unidades de Saúde sob sua gestão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais e manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação e integração nos processos de trabalho. As ações de desenvolvimento e capacitação dos profissionais serão realizadas de acordo com a estrutura e número de profissionais da unidade.

Desenvolvimento das Ações

Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, métodos e tecnologias estabelecidas.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente as lideranças das Unidades, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem esses princípios e adéquem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da unidade seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

Atividades de Educação Permanente:

A definição e priorização dos temas a serem abordados seguirão os seguintes critérios:

- ✓ Informações referentes ao Levantamento de Necessidades de Treinamento em Educação Permanente;
- ✓ Informações inseridas na Planilha Funcional, que direciona as ações de educação voltadas a cada categoria profissional e/ou equipe, a ser elaborado de acordo com a estrutura de cada unidade
- ✓ Solicitação das Lideranças;
- ✓ Solicitação da SES;
- ✓ Solicitação do Corporativo da BHCL.

Os temas a serem abordados, bem como sua prioridade também serão norteados por informações provenientes de

- ✓ Eventos sentinelas;
- ✓ Não conformidades;
- ✓ Implantação e/ou alteração dos Protocolos, Procedimentos e Rotinas Institucionais;
- ✓ Indicadores de qualidade e desempenho;
- ✓ Avaliação de desempenho, pesquisa de clima organizacional e entrevista de desligamento;
- ✓ Serviço de Atendimento ao Cliente/Ouvidoria;
- ✓ Busca ativa nas unidades e setores.

Além disso, na implantação ou atualização de documentos, tais como: POP, Protocolos, Manuais e Rotinas Institucionais, será realizado o treinamento pontual.

A seguir apresentamos o Termo de Referência em Educação Permanente desenvolvido pelos Assessores Técnicos da BHCL.

5.4.5 Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento

APRESENTAÇÃO

Entende-se que a educação é um processo permanente, embasado em referenciais teóricos que promovem treinamento e capacitação técnico-científicos, possibilitando mudanças de comportamento e favorecendo o desenvolvimento das competências necessárias, além de avaliações periódicas com foco nas necessidades observadas.

A Educação Permanente tem como desafio estimular o desenvolvimento de competências técnicas nos profissionais, que visam torná-los autônomos no desenvolvimento de suas atribuições e assunção de responsabilidades. Para tanto promove a contínua oferta de espaços propícios ao ensino-aprendizagem dos profissionais no ambiente de trabalho, tendo como norte o fortalecimento das equipes e processos adequados à realização de práticas de excelência.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, esta deve acontecer de forma estratégica e integrada a gestão de processos. Assim, se constitui como um instrumento essencial de qualificação dos profissionais, buscando superar as limitações de competências das equipes, que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços, e dando subsídios para que eles possam entender e atender as necessidades de saúde da população, e contribuir na organização dos serviços e na formação dos profissionais da área de saúde. (ALMEIDA; FERRAZ, 2008)

A Educação Permanente considera que os processos de aprendizagem de seus colaboradores devem estar embasados na problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho, em que as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde das pessoas constituam a sua referência. (MS, 2003)

Os processos de ensino-aprendizagem visam estimular o desenvolvimento de competências estratégicas à gestão em saúde. De acordo com a metodologia problematizadora de Paulo Freire, este processo acontece a partir da reflexão crítica sobre as práticas de assistência vigentes e do contexto sociopolítico e sanitário do serviço. Cabe a Educação Permanente, portanto, estimular o compartilhamento de olhares e saberes, favorecendo o aprendizado de referências técnicas de excelência e gerando as transformações necessárias à qualificação do serviço, do trabalho, do cuidado, da educação e da qualidade da assistência. (RICALDONI; SENA, 2006)

Os treinamentos, capacitações, cursos, oficinas etc., dentro deste contexto, não podem ser tomados como unidades isoladas, mas sim como parte do sistema no processo de aprendizagem e transformação da cultura organizacional pretendida pela Educação Permanente. Concomitantemente, levará ao aperfeiçoamento de seu capital humano, bem como da organização. Instituído o processo de Educação Permanente, é possível detectar falhas e

desenvolver estratégias que facilitem as tomadas de decisão sobre qual ação educativa a ser executada num dado contexto.

JUSTIFICATIVA

Para fundamentar uma proposta de Educação Permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem este espaço social.

A Educação Permanente assume como objetivo a melhoria da qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um conjunto de estratégias para transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo.

Por isto, para nós fica evidente que sendo os serviços de saúde "serviços de pessoas para pessoas", o principal fator de qualidade da atenção está constituído pela disponibilidade, atitude, conhecimento, habilidade e desempenho dos trabalhadores de saúde. Neste sentido, a Educação Permanente é uma ferramenta para investigação e (auto) análise do trabalho, um instrumento de problematização, um mecanismo para elaborar conflitos, uma proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e novos procedimentos. Ou seja, a Educação Permanente constitui-se como uma nova forma de fazer as coisas e pode ser uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O desenvolvimento do processo de Educação Permanente requer clara consciência de que não se trata de uma atividade marginal, nem de um adorno, nem de um mecanismo de descanso ou de refresco do pessoal; trata-se, bem utilizada, de uma das ferramentas mais eficazes de mudanças e melhorias significativas na cultura institucional de um determinado serviço.

Os benefícios da implantação de um processo de Educação Permanente são:

- Desenvolvimento de competências técnicas e estratégicas dos profissionais;
- Mudança de comportamento;
- Desenvolvimento de habilidades;
- Melhoria da qualidade do serviço oferecido à população;
- Promoção de capacitações e treinamentos embasados nos processos de trabalho;
- Transformação das práticas de saúde e trabalho;
- Desenvolvimento permanente dos trabalhadores.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolisimplantará o processo de Educação Permanente, voltado para as necessidades do serviço, visando melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuir para o desenvolvimento de novas competências, servir de base para

mudança cultural de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população. Desta forma, os objetivos das ações de Educação Permanente só serão alcançados quando todas as estratégias estiverem em franco funcionamento, integrado à instituição.

OBJETIVO GERAL

Realizar a gestão integral das ações de Educação Permanente, de acordo com as necessidades dos profissionais pertencentes à Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, para garantir o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais das equipes, favorecendo a interação e a utilização de padrões adotados nos processos de trabalho; com a finalidade de ampliar a segurança e a qualidade dos serviços ofertados aos clientes.

Estabelecer as diretrizes de Educação Permanente e aprimorá-las continuamente. Implantar o processo de Educação Permanente na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, abrangendo todas as ações estratégicas descritas a seguir.

DESENVOLVIMENTO

1. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- **Realização sistemática de ações de Educação Permanente de acordo com as necessidades da Policlínica Estadual**

As ações de Educação estarão sempre focadas na qualificação da assistência e na ampliação da segurança do paciente e do empregado. Podem ocorrer através de reunião, treinamento, capacitações etc. e consistem no levantamento sistemático de necessidades junto às lideranças e profissionais de todas as categorias da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, possibilitando que todos participem do planejamento das ações de Educação Permanente. Visa oportunizar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em acordo com as necessidades da Policlínica.

A definição e priorização destas seguirão os seguintes critérios:

A. Informações referentes ao Levantamento de Necessidades e Potenciais de Educação Permanente;
B. Informações Padronizadas na Matriz de Certificação Funcional;
C. Solicitação das Lideranças;
D. Solicitação da Secretaria Estadual de Saúde;
E. Solicitação da BHCL;

F. Informações referentes aos eventos sentinelas;
G. Informações referentes a não conformidades;
H. Implantação e/ou alteração dos Protocolos, Procedimentos e Rotinas Institucionais;
I. Informações de Indicadores de qualidade e desempenho;
J. Informações referentes a avaliação de desempenho;
K. Informações referentes a pesquisas de clima organizacional;
L. Informações referentes a avaliações/auditorias internas do sistema de qualidade;
M. Informações referentes ao Serviço de Atendimento ao Cliente/Ouvidoria;
N. Informações decorrentes de busca ativa de auditorias de processos
O. Informações referentes a avaliações de eficácia de treinamento.

- **Matriz de Responsabilidade Funcional**

A competência trata de quatro variáveis, a educação, habilidade, experiência e treinamento do empregado. Esse mapeamento é importante, pois diferentes atividades, em diferentes circunstâncias demandam diferentes competências, e uma organização que pretende ter o controle sobre os produtos e serviços que fornece deve ter o mapeamento das necessidades para recursos humanos. Mapear é o primeiro passo para encontrar os espaços vazios e necessidades de treinamento.

- Educação diz respeito à formação escolar da pessoa.

- Treinamento diz respeito aos cursos específicos daquela área de atuação necessários de serem realizados.

- Habilidade diz respeito às características pessoais necessárias.

- Experiência define o tempo de atuação naquela atividade.

A Educação Permanente é um processo de construção e reconstrução contínua do conhecimento, que atende ao desenvolvimento de competências ligadas à área de atuação do servidor, alinhado à missão institucional e aos objetivos estratégicos, construindo uma ponte entre o desenvolvimento das pessoas e as estratégias organizacionais.

A matriz de certificação funcional, é um instrumento que apresenta o conjunto de competências necessárias aos empregados da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. Cujo objetivo é verificar o grau de alinhamento do empregado em relação às competências exigidas pela Policlínica Estadual.

- **Organização de cursos, capacitações, oficinas etc.**

A organização das ações de Educação Permanente seja na forma de treinamento, oficina, capacitação etc., ainda são as melhores alternativas de desenvolvimento e aprimoramento de pessoas. São ações que devem ser feitas com critérios bem definidos segundo os objetivos que se quer alcançar. A sistematização e monitoramento permanentes das ações de Educação Permanente permitem:

- Aumento da produtividade
- Aumento da eficiência
- Economia de tempo e dinheiro
- Otimização dos resultados
- Melhor qualidade do produto
- Satisfação do funcionário e do cliente
- Diminuição de erro de procedimento
- Ampliação da segurança do trabalhador e cliente.

Manter os profissionais bem-preparados e motivados para tarefa que vão realizar significa valorizar o principal ser de qualquer instituição de saúde: seu recurso humano.

O processo de desenvolvimento das pessoas não significa apenas oferecer conhecimentos e habilidades para que possam realizar seus trabalhos de forma mais produtiva. Significa também proporcionar-lhes uma formação que permita que desenvolvam novos hábitos, novas atitudes e capacitem-se para aumentar seus conhecimentos. Portanto, trata-se de ir além de uma ação isolada, mas sim de um processo que envolve a educação de todos os participantes do ambiente de trabalho.

É importante destacar que investir no desenvolvimento das pessoas da organização é investir na qualidade dos produtos e serviços, é atender melhor aos clientes e ampliar o faturamento. Portanto, a educação permanente desenvolverá um programa de treinamento e desenvolvimento para os profissionais da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Integração de Núcleo Comum e Treinamento Admissional

Este tem como objetivo nivelar o conhecimento entre os profissionais em relação a normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integrar os novos profissionais nas suas funções e no contexto institucional, favorecendo o alcance das metas e mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores. Tem como finalidade direcionar o potencial do colaborador recém-admitido em comportamento, atitudes e habilidades integrados à política institucional. O treinamento será realizado em conjunto com a Educação Permanente e áreas envolvidas.

Em um primeiro momento, todos os empregados da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis deverão participar do treinamento e após, será destinado apenas para novos empregados. A periodicidade do treinamento será definida com os gestores conforme a necessidade da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. A integração de núcleo comum será aplicada a todos os empregados da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, já o treinamento admissional será destinado aos profissionais da enfermagem.

Após o término do treinamento admissional o novo empregado será alocado no seu setor e receberá um instrumento de avaliação que deverá ser preenchido e devolvido à Educação Permanente em até 30 dias. Este instrumento será entregue ao gestor e possibilitará avaliar o desempenho do empregado durante o período de experiência.

Treinamento permanente

O treinamento permanente é definido como um conjunto de ações sistematizadas com o objetivo de fornecer meios para a aprendizagem do indivíduo de forma a propiciar mudanças de comportamento para a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes que favoreçam a maior rapidez no processo de mudanças e renovação do indivíduo. (LEAO, 2008)

A estratégia de treinamento é flexível e pode ser alterada conforme a necessidade, nos casos de: ocorrência de eventos, implantação de rotinas, resultados dos indicadores assistenciais de enfermagem, não conformidades em processos.

O processo de treinamento é cíclico e sistemático e necessariamente dividido em etapas. Estas, por sua vez, são complexas e peculiares a cada contexto da instituição; devem ser conduzidas com eficácia e eficiência, do contrário os resultados não serão obtidos. Para a execução desse processo de treinamento e avaliação de sua efetividade, devem-se considerar as seguintes etapas: (NISHIO E BAPTISTA, 2009)

- Identificação de necessidade de treinamento
- Estratégia de treinamento
- Planejamento do treinamento
- Realização do treinamento
- Avaliação e análise dos resultados.

O treinamento permanente auxilia no delinear das competências a serem desenvolvidas nos empregados.

Desenvolvimento de Liderança

Em toda e qualquer organização, os líderes constituem uma variável de forte impacto no clima organizacional e, por consequência, na atuação dos demais empregados. Por isso, o

desenvolvimento de liderança é uma questão vital para a conquista de padrões elevados de desempenho.

Um líder bem-preparado, consciente de suas responsabilidades motiva para o resultado, apoia o crescimento da equipe, introduz novos processos e tecnologias, proporciona o crescimento da empresa e garante competitividade. Está cada vez mais comprovado que o impacto da liderança no clima organizacional e nos resultados da organização é muito significativo.

Não há como esperar de todos os empregados, liderança inata. Seria muito mais fácil se a escola e as universidades preparassem seus alunos para liderança. Portanto, precisamos desenvolvê-la. A empresa deve ser um espaço educativo e de criação de valores para uma liderança fortalecedora para o negócio e para uma sociedade mais plena.

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, visando à conquista de padrões de qualidade, realizará um programa de desenvolvimento de liderança, voltado aos gestores.

- **Dispositivos de Avaliação**

Os participantes dos treinamentos são registrados em uma lista de presença e será feito o controle do percentual de empregados capacitados em determinado curso. Estes dados serão computados em uma planilha e permitirão a implantação de instrumentos de avaliação de resultados, como por exemplo, os indicadores. O indicador de treinamento possibilita uma avaliação quantitativa dos dados, como por exemplo, a realização de um indicador que quantifique o número de colaboradores treinados, exemplo: horas/número de funcionário/ano.

A avaliação de reação, será aplicada após o treinamento e com os dados colhidos deste instrumento será possível identificar a satisfação dos participantes em relação ao treinamento, ao instrutor e satisfação geral. Com esses dados é possível avaliar a efetividade do treinamento para readequações, caso necessário.

A avaliação de aprendizagem será realizada através da avaliação de conhecimento, onde será aplicado um pré e pós-teste. Esta ferramenta tem como objetivo identificar se o treinamento acrescentou conhecimento ao grupo. Pelas respostas dos participantes, podemos perceber quais são os assuntos que foram mais bem esclarecidos e quais os assuntos que deixaram dúvidas. Ou seja, funciona como um PDCA (planejamento, execução, controle e ação) para as próximas turmas.

Será realizada a avaliação de eficácia, será realizada através da busca ativa e auditoria dos processos de educação permanente. Esta avaliação permite:

1. Diagnóstico sistêmico e preciso.
2. Fornecer esclarecimentos e sanar dúvidas.

3. Identificar possíveis falhas nos processos.

4. Envolver todos os níveis hierárquicos no compromisso da aplicação e cobrança dos itens abordados no treinamento.

5. Desenvolver um programa que, de fato, instrumentalize o participante sobre como este deve agir (além, é claro, de promover mudanças de paradigmas, aprendizados conceituais etc.). Muitas vezes, o participante não muda após o treinamento porque não sabe como colocar em prática o que aprendeu.

Tudo isto gera maior comprometimento e amparo para que os participantes consolidem os aprendizados e os transformem em prática. É possível gerar um indicador muito significativo sobre o sucesso ou não do programa.

A Comissão de Educação Permanente compila os resultados das ações após o término de cada treinamento e trimestralmente, as enviando para Coordenação de Enfermagem, Médica e Administrativa e estes divulgam os resultados para as equipes de referência. Serão emitidos relatórios trimestrais de ações de educação permanente, congregando as ações a serem desenvolvidas.

- **Formação de Multiplicadores**

Visa potencializar talentos internos a rede de profissionais atuantes no serviço, apropriação dos conhecimentos e a agilidade de transmissão em todas as equipes. Implica comunicação ágil e excelência, entre formadores e multiplicadores.

Os gestores indicarão os nomes dos multiplicadores, mediante critérios pré-definidos pela comissão de educação permanente e sua solicitação. Os multiplicadores efetivarão as ações em acordo com diretrizes e aprovação da comissão de educação permanente. Os gestores serão responsáveis por promover condições para o alcance das metas dos multiplicadores apresentadas neste plano, contando com o apoio da comissão de educação permanente.

Haverá plantões de dúvidas destinados aos multiplicadores, conforme as necessidades, visando oportunizar compartilhamento de aprendizados e construção de respostas às dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações de multiplicação.

- **Divulgação**

A comunicação das atividades da Educação Permanente será feita pela enfermeira em educação aos gestores. Estes deverão divulgar a programação e organizar a participação dos empregados nas atividades, conforme os critérios estabelecidos pela Educação Permanente. A elaboração de escala para participação em treinamentos é de responsabilidade do gestor.

- **Avaliação de Desempenho**

O gerenciamento do desempenho das pessoas é um aspecto crítico ao funcionamento efetivo de uma organização. Assegurar condições capazes de manter as pessoas comprometidas com o negócio é determinante na efetividade organizacional. Segundo Dutra (2002), entende-se como desempenho o conjunto de entregas e resultados de determinada pessoa para a empresa ou o negócio.

A Instituição entende que a Avaliação de Desempenho é um processo de trabalho, aplicado através de um instrumento gerencial para planejamento e acompanhamento da evolução de resultados desejados e alcançados, com a finalidade de gerir o desenvolvimento organizacional.

O processamento da gestão do desempenho passa pelas etapas de planejamento (definição de objetivos, resultados e metas), acompanhamento (*feedback* a respeito do desempenho observado) e avaliação (formalização do diagnóstico do desempenho individual e de equipe, de maneira periódica). Esta etapa é extremamente importante, pois as informações geradas são insumos à tomada de decisão como recompensa, reconhecimento, movimentação de pessoal e ações de treinamento e desenvolvimento tanto em relação às competências técnicas quanto comportamentais.

A Instituição preconiza que a periodicidade da avaliação de desempenho seja anual, e que os registros dos resultados sejam documentados de maneira eletrônica e/ou física nos prontuários funcionais. Com relação à abrangência, o mesmo deve ser aplicado a todos os empregados da BHCL com vínculo empregatício na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. A responsabilidade pela aplicação do instrumento no corpo funcional é do respectivo gestor, que deverá ser capacitado para tal.

As estratégias de ação para este processo de trabalho, como a definição das competências empresariais e funcionais que irão compor a ferramenta de avaliação, a definição da arquitetura do instrumento em si, capacitação dos gestores para fornecimento de *feedback*, logística de aplicação e divulgação de resultados, serão construídos pelo Comitê de Desempenho da BHCL.

- **Pesquisa de Clima**

O gerenciamento do Clima Organizacional é um dos grandes desafios atuais. Equalizar as diferentes expectativas dos empregados quanto aos fatores que lhe fornecem felicidade no trabalho é tarefa bastante complexa.

Neste sentido, a criação de dispositivos para captar as emoções das pessoas, compreender e reconhecer as diferenças individuais e necessidades do grupo, bem como estratégias de acolhimento para ouvir os empregados, promoção de diálogos entre líderes e liderados são requisitos fundamentais para o gerenciamento do clima organizacional.

O processo de trabalho Pesquisa de Clima tem como objetivo investigar o nível de satisfação, compreensão, envolvimento, opiniões, percepção, sentimentos dos empregados no que tange à cultura, políticas, normas, procedimentos e costumes existentes e praticados na Instituição, bem como expectativas de progresso, relacionamento pessoal e profissional com pares e superiores.

A Instituição sugere que a periodicidade da Pesquisa de Clima seja anual, e que os registros sejam documentados de maneira eletrônica e física através de relatórios dos resultados. A periodicidade pode ser redefinida a qualquer momento por liberalidade da Instituição.

Com relação à abrangência, o mesmo deve ser aplicado a todos os empregados da BHCL com vínculo empregatício na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis. A responsabilidade pela aplicação do instrumento é de Gestão de Pessoas, assessorado ou não por uma Consultoria Externa.

Cabe à alta administração a decisão das estratégias de ação para este processo de trabalho, como a definição por assessoria de Consultoria Externa, a definição dos fatores que serão avaliados com questões quantitativas e/ou qualitativas, da arquitetura do instrumento em si, método de coleta de dados (questionário físico ou eletrônico), logística de aplicação e divulgação de resultados.

Cabe a Gestão de Pessoas, o suporte técnico para as definições acima e assessoria na construção dos planos de ação, para os resultados provenientes da Pesquisa de Clima

- **Entrevista de Desligamento**

A entrevista de desligamento é um dos dispositivos utilizados no gerenciamento de clima organizacional, que visa levantar informações significativas sobre diversos fatores da organização na percepção do empregado em processo de desligamento. É um momento importante para a empresa receber feedbacks em seus processos de trabalho, modelo de gestão, relacionamentos interpessoais, políticas vigentes e, compreender qual é a imagem que o empregado levará da Instituição.

A participação do empregado na entrevista de desligamento não é obrigatória, mas muito importante. As informações colhidas são sigilosas e a participação de algum membro do corpo gerencial ou diretivo só deve ocorrer se houver alguma revelação ou acusação importante. Não há uma periodicidade definida, já que a execução deste processo de trabalho está atrelada a um desligamento funcional.

O tratamento das informações colhidas deve prover e retroalimentar o sistema organizacional para tomada de decisão. Caso haja necessidade de recomendações em mudança

de postura da liderança, a condução deste *feedback*, deve ser realizada pela maior autoridade em Gestão de Pessoas da Instituição, acompanhado ou não de assessoria técnica de sua equipe.

2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS AÇÕES

- Realizar uma avaliação inicial do processo de Educação Permanente;
- Identificar os aspectos reais e potenciais, positivos e negativos para subsidiar a construção do processo de Educação Permanente;
- Sensibilizar os gestores da Unidade de Saúde para a construção integrada do processo de Educação Permanente;
- Definir critérios internos para o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores de treinamento;
- Promover ações de Educação Permanente de forma a criar um ambiente propício para adequação e atendimento aos objetivos e metas pré-estabelecidos;
- Implementar Programas de Educação Permanente conforme os tópicos abordados nas atribuições da Educação Permanente;
- Criar uma comissão de Educação Permanente composta por uma equipe multidisciplinar que serão os responsáveis por fomentar, articular e apoiar a implantação do Processo de Educação Permanente;
- Investir em mídias internas e externas para divulgação da política/comprometimento com a Educação Permanente e dos resultados alcançados;
- Realização de auditorias internas para verificação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos no processo de Educação Permanente;
- Informar em períodos pré-determinados os resultados alcançados com o processo de Educação Permanente;
- Realizar análise crítica da administração visando à melhoria contínua do processo de Educação Permanente.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o planejamento, implantação e manutenção do Processo de Educação Permanente será baseada na ferramenta de gestão de qualidade – **PDCA** (*Plan, Do, Check, Act*).

O PDCA é um método eficaz e confiável de controle das atividades de uma organização que facilita as tomadas de decisões visando o alcance de metas e o planejamento eficaz dos processos.

O PDCA se constitui das seguintes etapas:

PLAN – Estabelecer um planejamento com bases nas diretrizes da política corporativa de sustentabilidade da BHCL, onde devem ser definidos os objetivos, o plano de ação e os meios para viabilização da proposta.

DO – Execução do plano de ação definido na fase anterior.

CHECK – Análise ou verificação dos resultados alcançados e dos dados coletados. Esta fase pode ser realizada durante a execução do plano de ação ou após um determinado período pré-estabelecido. Nesta fase se detectam os erros e falhas do processo.

ACT OU ACTION – Realização de ações corretivas em função das dificuldades e/ou falhas no processo que foram detectadas nos passos anteriores. Nesta fase se investiga as causas das falhas e desvios no processo e se elabora as tomadas de decisões cabíveis à melhoria contínua.

✓ **Relatório trimestral da Educação Permanente**

Trimestralmente será emitido o relatório das atividades de Educação Permanente com o compilado de todos os dados, ações e resultados alcançados, bem como a apresentação dos indicadores de treinamentos, mostrando transparência e comprometimento com o processo.

✓ **Auditorias internas**

Visando fortalecer e garantir um resultado eficaz no processo de Educação Permanente será criado um sistema de monitoramento. Serão realizadas em períodos pré-estabelecidos auditorias internas de verificação às metas e fluxos pré-estabelecidos de acordo com os critérios.

As auditorias serão de responsabilidade da enfermeira de educação permanente, que a partir dos dados resultantes do monitoramento permanente poderá identificar as ações corretivas e preventivas necessárias ao atendimento e manutenção do sistema.

5.4.5.1 Atividades de Educação Permanente

As atividades de Educação Permanente serão divididas em 2 momentos:

1. Integração dos novos colaboradores a estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo programático:

- ✓ Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- ✓ Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;

- ✓ Apresentação das Normas Administrativas e Trabalhistas;
- ✓ Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar e outras;
- ✓ Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- ✓ Visita de reconhecimento da Unidade.

2. Programa Anual de Treinamentos

De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Após a assunção da unidade, será realizado o Levantamento das Necessidades de Treinamento, e as capacitações serão elaboradas frente à essa primeira informação.

O cronograma será apresentado à SMS.

O programa anual de treinamento consiste em treinamentos que deverão ser multiplicados a todos os colaboradores da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, pois irão envolver processos comuns a todos os setores. Estes treinamentos serão de responsabilidade dos setores abaixo:

1. Recursos Humanos – RH;
2. Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;
3. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP;
4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS;
5. Tecnologia da Informação;
6. Contabilidade;
7. Grupo de Trabalho de Humanização;
8. Patrimônio

O NEP realizará uma reunião com os setores estratégicos citados acima, onde levantarão os temas institucionais a serem realizados durante o ano. Após o levantamento, será elaborado um cronograma que deverá ser validado pelos gestores das áreas, e enviado ao NEP. O cronograma pode ser evidenciado na planilha **Programação Anual de Treinamentos**, no item Cronograma de Atividade Anual.

Estes treinamentos institucionais poderão ser realizados online pela plataforma contratada ou presencialmente conforme disponibilidade de espaços na unidade.

Ações de Melhoria

Os treinamentos terão como objetivo fortalecer os processos com fragilidades identificadas dentro da instituição. O processo ocorrerá após a identificação de ações em notificações e/ou sinalizações de falhas nos processos, que destacam a necessidade de realização de treinamento para o fortalecimento do processo.

Capacitação Técnica inicial na função

Este processo de treinamento terá como objetivo capacitar os novos colaboradores conforme sua função técnica dentro da unidade, a capacitação acontecerá em paralelo com o processo do projeto anjo. Conforme interação com o setor de Recursos Humanos, no período dos primeiros quinze dias em que o novo colaborador receberá informações/orientações vinculadas às práticas de suas atividades, com carga horária que contemplará a classificação de treinamento.

5.4.5.2 Comprovação de Aproveitamento - Avaliações

Metodologia de Avaliação:

A metodologia empregada seguirá o Modelo de Kirkpatrick, dividida em 04 etapas.

É importante acrescentar que as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento serão evidenciadas por lista de presença. Será realizado o controle do percentual de empregados capacitados em determinado curso. Estes dados serão computados em uma planilha e permitirão a implantação de instrumentos de avaliação de resultados e indicadores. Um dos indicadores será hora/homem/treinamento.

Etapa 1 – Avaliação de reação: aplicada após o treinamento. Com os dados colhidos deste instrumento é possível identificar a satisfação dos participantes em relação ao treinamento, ao instrutor e conteúdo, relação entre teoria e prática, infraestrutura e sugestões abertas.

Etapa 2 - Avaliação de aprendizagem: realizada pela aplicação de uma avaliação de conhecimento, onde será aplicado pré e pós-teste (cada ação tem um modelo específico, conforme conhecimento a ser avaliado). Esta ferramenta tem como objetivo identificar se o treinamento acrescentou conhecimento ao grupo. Após o curso, recebemos o *feedback* dos líderes acerca de mudanças e/ou melhorias promovidos pelas nossas ações. Pelas respostas dos participantes, podemos perceber quais são os assuntos que foram mais bem esclarecidos e quais os assuntos que deixaram dúvidas. Ou seja, funciona como um PDCA (planejamento, execução, controle e ação) para as próximas turmas.

Etapa 3 – Avaliação de Comportamento no Cargo: estará ligada à avaliação de desempenho.

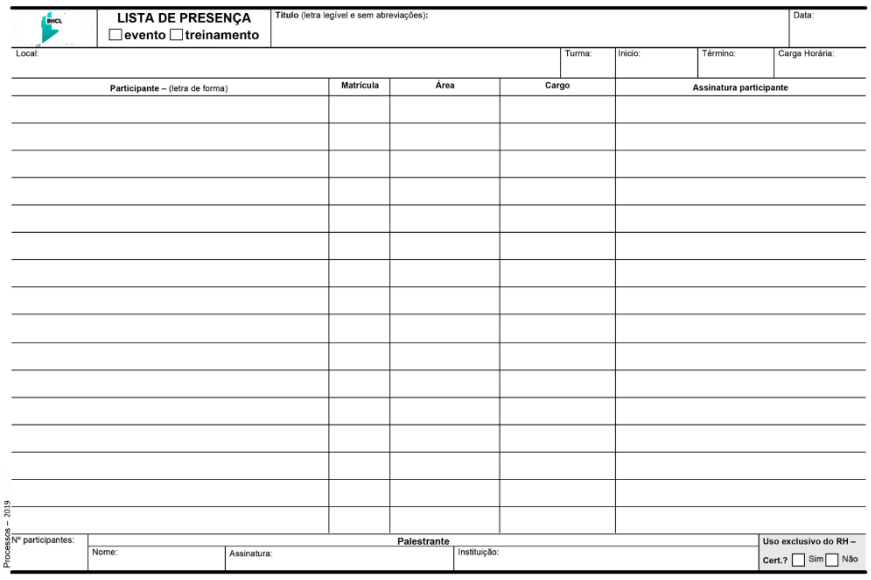
Etapa 4 – Avaliação de Eficácia: é realizada através de uma "auditoria" nas unidades. Deve ser preenchido um checklist, específico de cada treinamento, e observada a aplicação das ações na prática assistencial.

5.4.5.3 Comprovação de Participação

Para todos os treinamentos realizados será assinada lista de presença.

O treinamento, quando on-line, já identifica o profissional que participou do treinamento, gerando a lista de participantes e nota de aproveitamento.

Figura. Lista de Presença para treinamento presencial



LISTA DE PRESENÇA
☐ evento ☐ treinamento

Título (letra legível e sem abreviações):

Data:

Local:

Turma:

Início:

Término:

Carga Horária:

Participante – (letra de forma)	Matrícula	Área	Cargo	Assinatura participante

Processo – 2019

Nº participantes:

Palestrante

Nome:

Assinatura:

Instituição:

Uso exclusivo do RH –
Cert.? ☐ Sim ☐ Não

5.4.5.4 Cronograma de Treinamentos

TREINAMENTO	LOCAL	SETOR	PÚBLICO-ALVO	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Integração Admissional	Auditório	Todos	Profissionais recém-admitidos												
Precaução Padrão/Medidas de bloqueio por MR/Surtos	Auditório	SCIH	Todos												
Protocolos Médicos*	Auditório	SCIH/Médicos	Eq. Assistencial												
NR 32 - Manual de biossegurança	Auditório	SESMT	Todos												
Política de Gestão de Pessoas: Comportamento Ético e Relacionamento Interpessoal	Auditório	RH	Todos												

Protocolos de farmácia	in loco	Farmácia	Farmácia/ Enfermagem													
Política de Gestão da Qualidade: laboratório de análise crítica/ Gestão e análise de indicadores	Auditório	NQSP	Eq. Assistencial													
Prevenção de infecção da corrente sanguínea	Auditório	SCIH	Eq. Assistencial													
Política de Gestão de Pessoas: Comunicação assertiva e Foco no usuário	Auditório	RH	Todos													
Formação de Brigada de Incêndio	Auditório	SESMT	Brigadistas													
Política de Segurança do Paciente: Gerenciamento de riscos	Auditório	NQSP	Todos													

Política de Segurança do Paciente: Semana de Segurança	in loco	SCIH	Todos													
Higienização das Mãos	in loco	SCIH	Todos													
Política de Gestão de Pessoas: Trabalho em Equipe e Foco em Resultado	Auditório	RH	Todos													
Treinamento de produtos químicos/ Higienização e limpeza	in loco	SESMT	Profissionais que manipulam produtos													
PGRSS	Auditório	SCIH	Todos													
Política de Gestão da qualidade: Oficina de Melhorias	Auditório	NQSP	Gestores													

Política de Gestão de Pessoas: Negociação e Tomada de decisão	Auditório	RH	profissionais ação para PDI													
Política de Segurança do Paciente: Metas de Segurança do Paciente	Auditório	NQSP	Todos													
NR 10 - Segurança em instalações e serviços em eletricidade	in loco	SESMT	Manutenção													
Política de Gestão da Qualidade: Gestão de documentos	Auditório	NQSP	Todos													
Treinamento Prevenção de Acidentes/ EPI- EPC	Auditório	SESMT	Todos													
Política de Gestão de Pessoas: Organização e Planejamento	Auditório	RH	profissionais ação para PDI													

Política de Custos: Metodologia e apuração de custos	Auditório	Contabilidade	Todos													
Política de Gestão da qualidade: Oficina de Melhorias	Auditório	NQSP	Todos													
Política de Gestão de Pessoas: Liderança	Auditório	RH	profissionais ação para PDI													
Política de patrimônio: Gestão de Segurança patrimonial	Auditório	Patrimônio	Todos													
Requalificação da Brigada de Incêndio	Auditório	SESMT	Brigadistas													
Política de Gestão de Pessoas: Cultura da Qualidade	Auditório	RH	profissionais ação para PDI													

Absenteísmo e o registro da marcação do ponto	Auditório	DP	Todos													
Prevenção de acidentes com material perfuro cortante	Auditório	SESMT	Eq. Assistencial													
Segurança de máquinas e equipamentos do setor de hotelaria e manutenção	in loco	SESMT	Manutenção/SHL/ CME													

6. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento nº 09/2024 – SES/GO e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações.

Objetivos específicos:

• Acompanhar e monitorar o desempenho das equipes e serviços, a partir de metas e indicadores;

• Colaborar na implantação de protocolos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e aqueles pactuados nas Regiões de Saúde abrangentes neste Edital para os serviços de saúde;

• Desenvolver linhas de trabalho que permitam o acesso da população abrangente de atendimento neste Edital, seguindo as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, visando uma assistência integral e humanizada;

• Destacar fluxos de referência e contrarreferência com a Atenção Primária, por meio da educação em saúde.

• Prestar contas à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio de relatórios e outras fontes de informação.

Ainda neste contexto, as premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento e a execução do Plano de Trabalho estão baseadas nos seguintes princípios:

• Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;)

• Gestão Inteligente por meio de Indicadores de Produção e Desempenho;

• Educação Permanente em Saúde e Humanização;

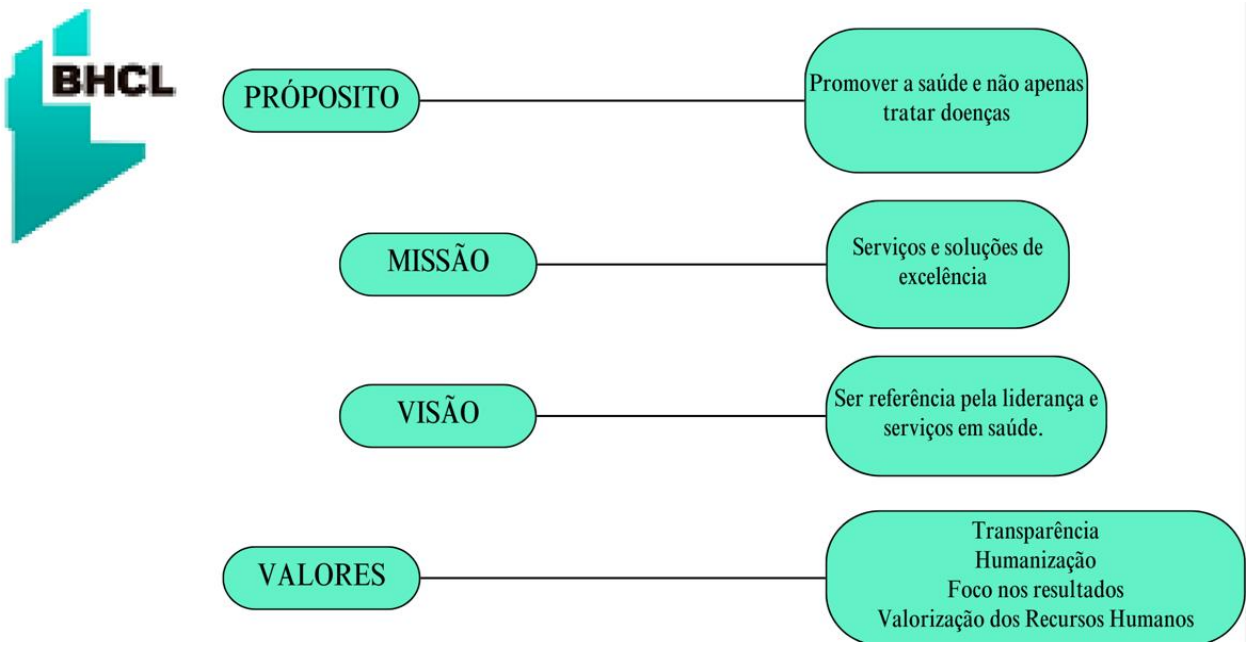
• Gestão de Riscos: métodos de gerenciamento, controle, ações preventivas e planos de contingência

• Observância da legislação sanitária e ambiental;

• Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis;

• Busca de certificação de qualidade em saúde.

VISÃO DE FUTURO



O planejamento é essencial para alcançar o êxito, pois determina onde uma instituição quer chegar e como ela fará para executar o seu objetivo.

Para que um planejamento dê certo, é preciso envolver pessoas de vários níveis, se comunicar claramente, garantir que todos conheçam os seus objetivos e coordenar as atividades da organização para que as coisas aconteçam.

Para isso, é preciso entender os principais níveis de planejamento: **estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influencia no resultado geral da organização.

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que se estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, onde definimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de responsabilidade da alta administração da mesma.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para o período de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muitos detalhes, pois seria difícil acertar tantos detalhes num período tão longo.

É importante lembrar que devido às ações de longo prazo, o planejamento deve ser revisado e atualizado continuamente, para que as informações sejam mais reais e sirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foi planejado e o que foi executado.

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização, o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas. Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos, mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, e podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamos desenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelo nível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações que são aplicadas em curto prazo, geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas, de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançar os resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois é um processo integrado e interdependente.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para o orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores, e o operacional para levar os planos a

execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos da Policlínica e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.

Nicolau Gordeeff (2020).

Níveis táticos e operacionais: é por meio da estrutura dos projetos táticos que as ações operacionais serão desdobradas e repassadas aos seus executores, possibilitando melhor gestão, prazos factíveis e alcance aos resultados esperados, garantindo o êxito da implantação.

Destaca-se abaixo os principais eixos da estrutura tática do projeto de implantação e suas operações necessárias para operacionalização da Policlínica:

• Recursos Humanos: Trata-se da etapa destinada à execução das ações para o recrutamento, seleção, capacitação e aculturamento dos profissionais necessários para a operação da Unidade em conformidade com o dimensionamento definido;

• Suprimentos: Compete a execução das ações de aquisição, recebimento, acondicionamento e dispensação dos insumos, visando o abastecimento da Policlínica para as atividades e manutenção de suas operações;

• Operações: Será de responsabilidade da compreensão da capacidade inicial, a implantação dos fluxos interfuncionais, a da qualidade da operação, objetivando a garantia da satisfação e melhor experiência do usuário;

• Assistência: Compete na operacionalização prática dos serviços ofertados, com ações pautadas nos protocolos e procedimentos definidos para cada serviço;

• Engenharia Clínica: Será destinado às ações de levantamento, implantação, definição de procedimentos e treinamento dos equipamentos médicos necessários para a operacionalização dos atendimentos ofertados;

• Manutenção: Compete à área de manutenção executar ações com finalidade de testar e validar a infraestrutura predial para garantir o pleno funcionamento de toda a Unidade;

• Financeiro/Contábil: Deverá executar as ações necessárias para garantir a disponibilização e sustentabilidade dos recursos financeiros conforme necessidade e diretriz de custos descritos em documento editalício da proposta.

OBJETIVO DO PROJETO:

Primordialmente o objetivo da Policlínica é proporcionar o bem – estar, saúde, dignidade às pessoas por intermédio de profissionais que prestem serviços humanizados, com excelência, de forma ética.

Tal visão se alinha com a da BHCL, a medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que a Policlínica será uma Unidade de Apoio Especializado e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins de diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Por meio da Policlínica, o Governo de Goiás promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO BHCL NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:

• Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

• Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade;

• Realizar o diagnóstico local da atenção à Saúde e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial;

• Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde;

• Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos;

• A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção da Policlínica;

QUALIDADE EM SAÚDE

A BHCL se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria contínua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

RESULTADOS FACTÍVEIS

Implantação de serviços: implantação integral dos serviços em até 6 (seis) meses, (Se não houver necessidade de investimento de recurso extra);

Cumprimento de metas e indicadores contratuais: Cumprimento de 90% no mínimo de metas pactuadas entre a SES/GO e 100% dos indicadores de desempenho.

Ferramentas Da Qualidade: Definição e utilização da melhor ferramenta de mensuração de qualidade, a partir de uma análise inicial da unidade (4 primeiros meses);

Estratégia Para Melhoria da Qualidade Assistencial: identificar e superar barreiras de acesso ao serviço da unidade e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Realizou-se o dimensionamento partindo de estudos de Unidades de Média e Ambulatórios de Especialidades de média complexidade e alta resolutividade, bem como em dados coletados na visita técnica, e buscou-se elencar os profissionais necessários a fim de iniciar prontamente a operacionalização e gestão da Policlínica Estadual.

Ressaltamos aqui, que os documentos, protocolos, procedimentos operacionais padrão – POP, regimentos e demais, serão adequados à realidade local, bem como outros serão elaborados e garantida a gestão documental.

A seguir, apresentamos o cronograma de execução das atividades.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Integração: apresentação da OSS												
Mapeamento da unidade												
Formação do banco de talentos (recebimento de Cv)												
Implantação do sistema de gestão												
Capacitação de toda equipe quanto ao uso do sistema												

Adequação dos fluxos de circulação												
Engenharia Clínica												
Manutenção Predial												
Análise da estrutura da unidade para implantação do serviço de hemodiálise e elaboração de projeto, se necessário												
Elaboração e entrega de proposta para implantação ou continuidade dos serviços de Odontologia												
Instalação do sistema de vigilância por câmeras												
Economicidade												
Gestão Corporativa												

Utilização da Conta corrente específica e exclusiva do Contrato de Gestão												
Dar suporte às áreas envolvidas para o gerenciamento da unidade, no que tange ao planejamento e controle da parte financeira.												
Avaliação de Desempenho por Competências												
Comunicação Interna (padronização do formato a ser utilizado)												
Processos de Cargos e Salários – Descrições das Funções												
Processos de Cargos e Salários – Mapeamento de Competências Técnicas e Comportamentais												
Processo Seletivo por Gerenciamento de Currículo – cargos operacionais e de maior complexidade, estratégicos (Gerência, Coordenação, Supervisão, Chefia) da Unidade de Negócios												

Processo Admissional e Contratação dos classificados no Processo Seletivo por Gerenciamento de Currículo												
Núcleo de Vigilância Epidemiológica												
Implementação do Serviço de farmácia com definição de fluxos e controles												
Segurança do paciente												
Constituição da Comissão de Ética Médica												
Constituição da Comissão de Ética Multiprofissional												
Constituição da Comissão de Biossegurança												
Constituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde												

Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários												
Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA												
Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT												
Constituição da Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)												
Constituição da Comissão de Proteção Radiológica												
Constituição da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde												
Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)												
Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)												

Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica													
Constituição do Comitê de Compliance													
Constituição da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)													
Constituição da Comissão de Residência Médica (COREME)													
Constituição da Comissão de Ética em Enfermagem													
Implantação do Grupo de trabalho de humanização													
Implantação de ações de sustentabilidade													
Implantação do projeto terapêutico e Compartilhamento do Cuidado													

Levantamento situacional da Organização e Fluxos de Arquivo de Prontuários dos Usuários													
Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários dos Usuários													
Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e da produtividade													
Monitoramento de outros indicadores de qualidade													
Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento acima													
Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário													
Implantação da pesquisa de satisfação pelo NPS													
Aplicação da Pesquisa de Satisfação													

Comunicação e Informação ao Usuário												
Implantar o Núcleo de Educação Permanente												
Realização de auditorias internas para verificação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos no processo de Educação Permanente & Desenvolvimento;												
Informar em períodos pré-determinados os resultados alcançados com o processo de Educação Permanente & Desenvolvimento;												
Realizar análise crítica do processo, visando à melhoria contínua do processo de Educação Permanente & Desenvolvimento.												
Desenvolver ações previstas no Plano de Treinamento Anual												
Realização mensal das reuniões do Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento												
Levantamento Sistemático de Necessidades de Educação Permanente												

Organização de cursos, treinamentos e capacitações em conjunto com lideranças da unidade, de acordo com o no Plano de Treinamento Anual												
Programa de Desenvolvimento de Lideranças												
Formação de Multiplicadores												
Reconhecimento de processos e adaptações necessárias à fase de implantação da gestão												
Ações de implantação de regras, normas rotinas e regulamentos												
Planejamento de ações de estágios, treinamentos, residências e campos de pesquisa												
Análise e emissão de pareceres para desenvolver atividades de estágios, residências, e campos de pesquisas												
Execução e monitoramento de ações de estágios, treinamentos, residências e campos de pesquisa (conforme aceites e solicitações de instituições)												

Implantação de processo de trabalho, normas e rotinas da área de "Educação Permanente e Desenvolvimento"													
Mapeamento dos processos e dos riscos e perigos.													
Revisão, adequação e elaboração de Documentos Institucionais: Regulamento, manuais etc.													
Elaboração de indicadores por área													
Levantamento dos riscos ocupacionais													
Elaboração do Programa de Gestão de Riscos – PGR													
Elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO													
Implantação do Programa de Vacinação													
Programa de Controle e Redução do Absenteísmo													

Programa de Biossegurança												
Equipamentos de Proteção Individual (treinamento, distribuição e controle do uso)												
Treinamentos previstos no Norma Regulamentadora n° 32												
Implantação da CIPA												
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho												
Realização dos exames médicos periódicos com indicação semestral												
Realização dos demais exames periódicos												
Implantação do PGRSS												
Elaboração e entrega do relatório de prestação de contas												

7. PLANILHA FINANCEIRA

A planilha financeira com os custos para o pleno funcionamento da unidade está apresentada em **Anexo 17** -Proposta Financeira

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

16 out 2024 07:33:55 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

16 out 2024 12:56:55 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

16 out 2024 12:56:58 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

PROPOSTA FINANCEIRA

Cesário Lange, 18/10/2024.

Ref.: Chamamento Público n° 09/2024-SES/GO

À
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A BHCL elaborou a seguinte planilha financeira, contendo todos os demonstrativos pertinentes para execução com o padrão de qualidade necessário. Assim, a Administração Pública poderá averiguar a metodologia empregada para o cálculo do valor do projeto.

Abaixo, apresenta-se o demonstrativo detalhado com a composição que resultou o valor mensal de **R$2.317.923,94** (dois milhões trezentos e dezessete mil novecentos e vinte e três reais e noventa e quatro centavos), valor anual de **R$27.815.087,23** (vinte e sete milhões oitocentos e quinze mil e oitenta e sete reais e vinte e três centavos).

Desse modo, o valor Global da proposta é de **R$83.445.261,69** (oitenta e três milhões quatrocentos e quarenta e cinco mil duzentos e sessenta e um reais e sessenta e nove centavos), contemplando os 36 meses de vigência do contrato, buscando o máximo possível de transparência, eficiência e qualidade para a gestão da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis.

PROPOSTA FINANCEIRA												
ITENS DE DESPESAS	**MÊS 1**		**MÊS 2**		**MÊS 3**		**MÊS 4**		**MÊS 5**		**MÊS 6**	
1. Pessoal	**R$**	**795.315,30**	**R$**	**795.315,30**	**R$**	**795.315,30**	**R$**	**795.315,30**	**R$**	**795.315,30**	**R$**	**795.315,30**
1.1. Salários	R$	385.655,11	R$	385.655,11	R$	385.655,11	R$	385.655,11	R$	385.655,11	R$	385.655,11
1.2. Benefícios	R$	199.827,31	R$	199.827,31	R$	199.827,31	R$	199.827,31	R$	199.827,31	R$	199.827,31
1.3. Encargos	R$	56.282,32	R$	56.282,32	R$	56.282,32	R$	56.282,32	R$	56.282,32	R$	56.282,32
1.4. Provisionamentos	R$	152.976,81	R$	152.976,81	R$	152.976,81	R$	152.976,81	R$	152.976,81	R$	152.976,81
1.5. Outros	R$	573,75	R$	573,75	R$	573,75	R$	573,75	R$	573,75	R$	573,75
2. Medicamentos	**R$**	**246.464,40**	**R$**	**246.464,40**	**R$**	**246.464,40**	**R$**	**246.464,40**	**R$**	**246.464,40**	**R$**	**246.464,40**
3. Materiais	**R$**	**40.150,00**	**R$**	**40.150,00**	**R$**	**40.150,00**	**R$**	**40.150,00**	**R$**	**40.150,00**	**R$**	**40.150,00**
3.1. Materiais Hospitalares	R$	8.000,00	R$	8.000,00	R$	8.000,00	R$	8.000,00	R$	8.000,00	R$	8.000,00
3.2. Equipamentos de Segurança	R$	7.650,00	R$	7.650,00	R$	7.650,00	R$	7.650,00	R$	7.650,00	R$	7.650,00
3.3. Materiais de Consumo Geral	R$	24.500,00	R$	24.500,00	R$	24.500,00	R$	24.500,00	R$	24.500,00	R$	24.500,00
4. Materiais Diversos	**R$**	**37.000,00**	**R$**	**37.000,00**	**R$**	**37.000,00**	**R$**	**37.000,00**	**R$**	**37.000,00**	**R$**	**37.000,00**
4.1. Material de Higienização	R$	12.000,00	R$	12.000,00	R$	12.000,00	R$	12.000,00	R$	12.000,00	R$	12.000,00
4.2. Dieta Enteral	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
4.3. Material Expediente	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00
4.4. Combustível	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
4.5. GLP	R$	18.000,00	R$	18.000,00	R$	18.000,00	R$	18.000,00	R$	18.000,00	R$	18.000,00
5. Manutenção	**R$**	**9.000,00**	**R$**	**9.000,00**	**R$**	**9.000,00**	**R$**	**9.000,00**	**R$**	**9.000,00**	**R$**	**9.000,00**
5.2. Serviços de Manutenção Predial	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00	R$	7.000,00
5.2. Serviços de Manutenção Equipamentos	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00
6. Seguros/Impostos/Taxas	**R$**	**2.000,00**	**R$**	**2.000,00**	**R$**	**2.000,00**	**R$**	**2.000,00**	**R$**	**2.000,00**	**R$**	**2.000,00**
6.1. Despesas Financeira	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00
6.2. Impostos/Taxas	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00	R$	1.000,00

7. Telefonia	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**
8. Água e Esgoto	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**
9. Energia Elétrica	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**
10. Prestação de Serviços Terceiros	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**
10.1 Serviços Médicos	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28
10.2 Locação de Equipamentos Médicos e Administrativos	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00
10.3 Controladoria de Acesso e Segurança	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00
10.4 SADT	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84
10.5 Serviço de locação de Veículo	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00
10.6 Outros Serviços de Terceiros	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11
11. Informática/Sistema	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**
13. TOTAL GLOBAL	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**

MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL 12 MESES	TOTAL 36 MESES
R$ 795.315,30	**R$ 795.315,30**	**R$ 795.315,30**	**R$ 795.315,30**	**R$ 795.315,30**	**R$ 795.315,30**	**R$ 9.543.783,61**	**R$ 28.631.350,84**
R$ 385.655,11	R$ 385.655,11	R$ 385.655,11	R$ 385.655,11	R$ 385.655,11	R$ 385.655,11	R$ 4.627.861,33	R$ 13.883.583,98
R$ 199.827,31	R$ 199.827,31	R$ 199.827,31	R$ 199.827,31	R$ 199.827,31	R$ 199.827,31	R$ 2.397.927,68	R$ 7.193.783,04
R$ 56.282,32	R$ 56.282,32	R$ 56.282,32	R$ 56.282,32	R$ 56.282,32	R$ 56.282,32	R$ 675.387,87	R$ 2.026.163,62
R$ 152.976,81	R$ 152.976,81	R$ 152.976,81	R$ 152.976,81	R$ 152.976,81	R$ 152.976,81	R$ 1.835.721,73	R$ 5.507.165,20
R$ 573,75	R$ 573,75	R$ 573,75	R$ 573,75	R$ 573,75	R$ 573,75	R$ 6.885,00	R$ 20.655,00
R$ 246.464,40	**R$ 246.464,40**	**R$ 246.464,40**	**R$ 246.464,40**	**R$ 246.464,40**	**R$ 246.464,40**	**R$ 2.957.572,80**	**R$ 8.872.718,40**
R$ 40.150,00	**R$ 40.150,00**	**R$ 40.150,00**	**R$ 40.150,00**	**R$ 40.150,00**	**R$ 40.150,00**	**R$ 481.800,00**	**R$ 1.445.400,00**
R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 8.000,00	R$ 96.000,00	R$ 288.000,00
R$ 7.650,00	R$ 7.650,00	R$ 7.650,00	R$ 7.650,00	R$ 7.650,00	R$ 7.650,00	R$ 91.800,00	R$ 275.400,00
R$ 24.500,00	R$ 24.500,00	R$ 24.500,00	R$ 24.500,00	R$ 24.500,00	R$ 24.500,00	R$ 294.000,00	R$ 882.000,00
R$ 37.000,00	**R$ 37.000,00**	**R$ 37.000,00**	**R$ 37.000,00**	**R$ 37.000,00**	**R$ 37.000,00**	**R$ 444.000,00**	**R$ 1.332.000,00**

R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 144.000,00	R$ 432.000,00
R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 84.000,00	R$ 252.000,00
R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 216.000,00	R$ 648.000,00
R$ 9.000,00	**R$ 9.000,00**	**R$ 9.000,00**	**R$ 9.000,00**	**R$ 9.000,00**	**R$ 9.000,00**	**R$ 108.000,00**	**R$ 324.000,00**
R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 84.000,00	R$ 252.000,00
R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00	R$ 72.000,00
R$ 2.000,00	**R$ 2.000,00**	**R$ 2.000,00**	**R$ 2.000,00**	**R$ 2.000,00**	**R$ 2.000,00**	**R$ 24.000,00**	**R$ 72.000,00**
R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00
R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00
R$ 1.250,00	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 1.250,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 45.000,00**
R$ 4.150,00	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 4.150,00**	**R$ 49.800,00**	**R$ 149.400,00**
R$ 16.000,00	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 16.000,00**	**R$ 192.000,00**	**R$ 576.000,00**
R$ 1.151.594,23	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 1.151.594,23**	**R$ 13.819.130,82**	**R$ 41.457.392,45**
R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 1.054.577,28	R$ 12.654.927,36	R$ 37.964.782,08
R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00	R$ 180.000,00
R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 3.402,00	R$ 40.824,00	R$ 122.472,00
R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 33.954,84	R$ 407.458,08	R$ 1.222.374,24
R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 35.750,00	R$ 429.000,00	R$ 1.287.000,00
R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 18.910,11	R$ 226.921,38	R$ 680.764,13
R$ 15.000,00	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 15.000,00**	**R$ 180.000,00**	**R$ 540.000,00**
R$ 2.317.923,94	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 2.317.923,94**	**R$ 27.815.087,23**	**R$ 83.445.261,69**

A validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Cesário Lange, 18 de Outubro de 2024.

Responsável Legal – Provedor
Roberto Gonella Junior

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

16 out 2024 07:34:34 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

16 out 2024 12:57:09 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

16 out 2024 12:57:14 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 2a54a1fe6f306c0029398e22a30835cf9f486d3e41ab1795f6acc70f025cb588
https://valida.ae/44e7f823e68fa9c9ed99c908af25a83bd306b35eb5bb57023

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO MÉDICO - AMBULATÓRIO

1. Introdução

1.1 Objetivo

Este protocolo tem como objetivo fornecer diretrizes claras e baseadas em evidências para o diagnóstico, tratamento e manejo de diversas condições médicas dentro das 23 especialidades médicas da Policlínica. O protocolo visa padronizar o atendimento médico especializado, garantindo que os pacientes recebam atenção de alta qualidade, promovendo a segurança do paciente e a excelência nos resultados de saúde. Ele também oferece suporte aos médicos em suas respectivas áreas, fornecendo caminhos estruturados para o cuidado, alinhados com as melhores práticas e diretrizes atuais.

1.2 Escopo

Este protocolo abrange exclusivamente os profissionais médicos que atuam nas especialidades da Policlínica, oferecendo diretrizes específicas para o manejo de condições comuns e complexas dentro dessas especialidades. As especialidades cobertas são:

- Anestesiologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Hematologia
- Mastologia
- Medicina de Família
- Nefrologia

- Neurologia
- Nutrição
- Pediatria
- Oftalmologia
- Ortopedia/Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Reumatologia
- Urologia

1.3 Público-Alvo

Este protocolo é destinado a todos os médicos que atuam nas 23 especialidades da Policlínica. O documento foi desenvolvido para apoiar a prática clínica diária, proporcionando orientações claras para o manejo de comorbidades e condições específicas dentro de cada especialidade.

1.4 Definições e Terminologia

Para garantir clareza e consistência, os seguintes termos-chave são definidos no contexto deste protocolo:

- Comorbidade: A presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas ou condições em um paciente.
- Protocolo Clínico: Conjunto de diretrizes baseado em evidências para orientar o tratamento médico dentro de uma especialidade.
- Segurança do Paciente: Conjunto de práticas que visam minimizar os riscos e erros no cuidado ao paciente.

1213 1.5 Considerações Legais e Éticas

Este protocolo segue as regulamentações nacionais e internacionais de saúde, assegurando a prática ética e legal. A confidencialidade do paciente, o consentimento informado e a adesão às melhores práticas médicas são elementos fundamentais. Os médicos são orientados a seguir as normas vigentes em suas especialidades.

1.6 Revisão e Atualização do Protocolo

O protocolo será revisado periodicamente para incorporar novas evidências e atualizações nas diretrizes nacionais e internacionais de saúde. Cada especialidade será responsável por sugerir melhorias e ajustes necessários.

2. Diretrizes Gerais para o Manejo de Pacientes

2.1 Protocolo de Primeira Consulta

- Coletar o histórico médico completo: Isso inclui perguntas sobre doenças crônicas, histórico familiar de comorbidades (como hipertensão, diabetes, câncer), medicamentos atuais e alergias.
- Realizar um exame físico completo: Isso deve abranger sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura) e exames específicos relacionados à queixa principal do paciente.
- Solicitação de exames complementares: Exames laboratoriais (hemograma, bioquímica, função renal, etc.) ou exames de imagem (radiografias, ultrassons, tomografias) devem ser requisitados conforme a suspeita clínica.
- Avaliar o risco de comorbidades: Implementar fé
- Educação do paciente: O paciente deve receber informações claras sobre a sua condição, o plano de tratamento proposto, a necessidade de exames adicionais, e a importância do acompanhamento.

2.2 Protocolo de Consulta de Retorno

- Revisar os resultados de exames anteriores: Discutir com o paciente os resultados de exames laboratoriais e de imagem, explicando o significado e a necessidade de ajustes no tratamento.
- Ajustar o tratamento: Com base na resposta do paciente ao tratamento, os medicamentos podem ser ajustados, trocados ou interrompidos.
- Avaliar a adesão ao tratamento: Discutir possíveis barreiras à adesão (efeitos colaterais, dificuldades financeiras, esquecimento) e fornecer soluções personalizadas para garantir o sucesso terapêutico.
- Avaliar a presença de novos sintomas: Perguntar sobre qualquer novo sintoma ou mudança no quadro clínico do paciente, que pode indicar a evolução da condição inicial ou o surgimento de novas doenças.
- Programar exames de seguimento: Exames periódicos devem ser agendados de acordo com a patologia tratada e a evolução clínica.

2.3 Comunicação de Más Notícias

- S : Configurando– Organize o ambiente
- P: Percepção – Perg
- I : Convite – Perg
- K: Knowledge – Forneça as informações de forma direta, sem usar jargão técnico, e explique a situação com clareza.
- E EEmoções – Recon
- S : EstratégiaEstratégia e Resumo – Resumo da operação

2.4 Processo de Consentimento Informado

O consentimento informado é uma exigência ética e legal antes de qualquer procedimento médico invasivo, tratamento experimental, ou abordagem que envolva riscos consideráveis. Os passos incluem:

- Explicação detalhada: O médico deve explicar ao paciente ou ao responsável legal os riscos, benefícios, e possíveis alternativas ao tratamento ou procedimento sugerido.
- Verificação da compreensão: O médico deve verificar se o paciente compreendeu as informações, incentivando-o a fazer perguntas e esclarecer todas as dúvidas.
- Obtenção do consentimento por escrito: Após a explicação, o paciente assina um documento formal declarando que concorda com o tratamento e compreende os riscos.
- Registro no prontuário: O consentimento deve ser documentado no prontuário médico como parte do processo de tomada de decisão clínica.

2.5 Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos

A segurança do paciente é um componente essencial da prática médica moderna. Protocolos de segurança e gerenciamento de riscos visam minimizar eventos adversos e danos evitáveis. Algumas diretrizes importantes incluem:

- Identificação correta do paciente: Confirme a identidade do paciente por meio de dois identificadores (nome completo e data de nascimento, por exemplo) antes de qualquer procedimento ou administração de medicamentos.
- Prevenção de quedas: Avaliação de risco de queda, especialmente para pacientes idosos ou com mobilidade reduzida. Implementar medidas de prevenção como a supervisão durante a locomoção e a remoção de obstáculos no ambiente hospitalar.
- Prevenção de infecções hospitalares: Higienização das mãos é obrigatória antes e depois de qualquer contato com o paciente, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e protocolos de desinfecção rigorosos.
- Administração segura de medicamentos: Verificação da dose, do medicamento correto, da via de administração e do paciente certo, além de vigilância sobre possíveis interações medicamentosas.

2.6 Processo de Encaminhamento e Consulta Especializada

Quando as condições clínicas do paciente excedem as competências do médico ou necessitam de intervenção especializada, o encaminhamento adequado é fundamental. O processo de encaminhamento deve incluir:

- Documentação completa: O encaminhamento deve conter um histórico médico detalhado, resultados de exames já realizados, diagnóstico atual e a justificativa para o encaminhamento ao especialista.
- Coordenação entre especialidades: A comunicação clara entre o médico encaminhador e o especialista é essencial para garantir que o cuidado do paciente seja contínuo e coordenado. A troca de informações deve ser rápida e eficiente, e as recomendações do especialista devem ser compartilhadas com o médico de referência.
- Monitoramento pós-consulta: O médico de referência deve acompanhar os resultados da consulta especializada e integrar as recomendações ao plano de tratamento do paciente.

3. Protocolos por Especialidade

3.1 Anestesiologia

3.1.1 Avaliação Pré-Anestésica para Endoscopia e Colonoscopia

A avaliação pré-anestésica é essencial para garantir a segurança do paciente em procedimentos de endoscopia e colonoscopia que exigem sedação. O anestesiologista deve realizar uma análise cuidadosa do histórico médico do paciente, com foco nas seguintes áreas:

- Histórico Médico e Avaliação de Risco:
  - Avaliação de comorbidades, como doenças cardiovasculares, pulmonares ou metabólicas, que possam aumentar o risco de complicações durante a sedação.
  - Identificação de alergias a medicamentos ou antecedentes de reações adversas à anestesia.

- Uso de anticoágulo

- Orientações Pré-Procedimento:

- Jejum obrigatório de pelo menos 6 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros.

- Interromper

3.1.2 Tipos de Sedação Utilizados em Procedimentos Endoscópicos

Os procedimentos de endoscopia e colonoscopia exigem diferentes níveis de sedação, dependendo da complexidade do procedimento e das condições do paciente. As opções incluem:

- Sedação Moderada/Consciente: Comumente usada em colonoscopias de rotina. Medicações como midazolam e fentanil são administradas para garantir o conforto do paciente, mantendo-o responsivo a comandos.

- Sedação Profunda: Em casos de procedimentos mais longos ou complexos, pode-se optar por sedação profunda, utilizando propofol. O paciente não responde a estímulos externos, e é necessário monitoramento respiratório contínuo.

- Anestesia Geral: Raramente utilizada para endoscopias e colonoscopias de rotina, mas pode ser necessária em pacientes de alto risco ou com intolerância a outras formas de sedação. Implica controle das vias aéreas e ventilação assistida.

3.1.3 Monitoramento durante Endoscopia e Colonoscopia

O monitoramento contínuo é fundamental para a segurança do paciente durante os procedimentos sob sedação. Os parâmetros monitorados incluem:

- Monitoramento Cardíaco e Pressão Arterial: Acompanhamento contínuo da frequência cardíaca e pressão arterial para detectar qualquer alteração hemodinâmica.

- Saturação de Oxigênio e Capnografia: Oximetria de pulso para monitorar a saturação de oxigênio, e capnografia para medir a ventilação e detectar precocemente apneia ou hipoventilação.
- Nível de Sedação: Avaliação contínua do nível de sedação, utilizando escalas como a escala de Ramsay para ajustar a profundidade da sedação, conforme necessário.

3.1.4 Protocolo Pós-Procedimento e Recuperação

Após a realização da endoscopia ou colonoscopia, o paciente é transferido para uma sala de recuperação, onde deve ser monitorado até que os efeitos da sedação desapareçam completamente.

- Monitoramento Pós-Sedação: Acompanhamento dos sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio) até que o paciente retorne ao seu nível basal de consciência e função respiratória.
- Critérios de Alta: O paciente pode receber alta quando estiver totalmente acordado, com respiração e deglutição normais, e sem sinais de complicações. Instruções detalhadas sobre repouso, alimentação e medicações pós-procedimento são fornecidas.
- Orientação sobre Efeitos Colaterais: Explicação sobre possíveis efeitos colaterais, como náusea, tontura ou sonolência, e as medidas a serem tomadas em caso de emergência.

3.2 Cardiologia

3.2.1 Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão é uma das comorbidades mais prevalentes tratadas na cardiologia clínica, sendo um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares graves, como infarto do miocárdio e AVC.

- Diagnóstico: Medições repetidas da pressão arterial (PA) em consulta, com valores sustentados ≥140/90 mmHg sendo indicativos de hipertensão. Monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) pode ser solicitado para confirmar o diagnóstico.
- Tratamento:
  - Mudanças no Estilo de Vida: O tratamento inicial inclui a orientação para redução de sal na dieta, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e controle do peso.
  - Farmacoterapia: Iniciar tratamento com medicamentos de primeira linha, como diuréticos tiazídicos, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de cálcio ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA).
  - Monitoramento: O controle rigoroso da PA deve ser feito com ajustes de medicação conforme necessário, e revisões regulares da função renal e eletrocardiogramas (ECG) são recomendadas.

3.2.2 Manejo da Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição em que o coração não consegue bombear sangue de forma eficiente, resultando em sintomas como fadiga, falta de ar e edema.

- Classificação: A IC pode ser classificada com base na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em:
  - IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) (<40%)
  - IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) (>50%)
- Tratamento:
  - ICFER: Uso de inibidores da ECA, beta-bloqueadores e antagonistas da aldosterona para reduzir a mortalidade e hospitalizações.

- ICFEP: Tratamento mais direcionado ao manejo dos sintomas e comorbidades, como hipertensão e diabetes.
- Diuréticos: Para pacientes com retenção de líquidos (edema), diuréticos de alça como furosemida são indicados.
- Monitoramento e Educação do Paciente: Monitoramento frequente de peso e adesão às orientações de restrição hídrica e dietética são essenciais para evitar descompensações.

3.2.3 Manejo da Doença Arterial Coronariana (DAC)

A doença arterial coronariana resulta da obstrução das artérias coronárias, geralmente por aterosclerose, e pode causar angina ou infarto agudo do miocárdio.

- Diagnóstico: Testes de estresse (teste ergométrico) e exames de imagem (angiografia coronária) para avaliar a extensão da obstrução arterial.
- Tratamento:
  - Terapia Antiplaquetária: Aspirina e clopidogrel para prevenção de eventos isquêmicos.
  - Controle de Lipídios: Estatinas para controlar os níveis de colesterol LDL e estabilizar as placas ateroscleróticas.
  - Revascularização Miocárdica: Em casos de obstruções significativas, angioplastia coronária com colocação de stents ou cirurgia de revascularização do miocárdio pode ser indicada.
- Monitoramento: Acompanhamento regular com ECG, avaliação de sintomas de angina e monitoramento de marcadores cardíacos.

3.2.4 Manejo da Dislipidemia

A dislipidemia, caracterizada por níveis anormais de lipídios no sangue, é um importante fator de risco para aterosclerose e doenças cardiovasculares.

- Diagnóstico: Avaliação dos níveis de colesterol LDL, HDL e triglicerídeos. Níveis elevados de LDL (>130 mg/dL) e baixos de HDL (<40 mg/dL) são indicativos de risco aumentado.
- Tratamento:
  - Mudanças no Estilo de Vida: Dieta com baixo teor de gorduras saturadas, aumento do consumo de fibras e atividade física regular.
  - Farmacoterapia: Uso de estatinas (atorvastatina, rosuvastatina) para reduzir o colesterol LDL. Fibratos podem ser usados para controlar triglicerídeos elevados.
  - Monitoramento: Avaliação dos lipídios no sangue a cada 6-12 meses, além de monitorar possíveis efeitos colaterais das estatinas, como miopatia.

3.2.5 Manejo da Fibrilação Atrial

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia comum, especialmente em idosos, e aumenta o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca.

- Diagnóstico: Confirmado através de ECG, que mostra uma atividade atrial caótica e irregular, resultando em uma frequência ventricular desorganizada.
- Tratamento:
  - Controle da Frequência Cardíaca: Uso de beta-bloqueadores (metoprolol) ou bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem) para manter a frequência cardíaca controlada.
  - Controle do Ritmo: Em pacientes selecionados, antiarrítmicos como amiodarona podem ser usados para restaurar o ritmo sinusal normal.

- Prevenção de AVC: Anticoagulação oral com varfarina ou novos anticoagulantes orais (NOACs) como apixabana ou rivaroxabana para reduzir o risco de AVC.
- Cardioversão: Em casos de FA persistente ou sintomática, pode-se indicar cardioversão elétrica ou ablação.

3.3 Dermatologia

3.3.1 Manejo da Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele que se manifesta com placas eritematosas e descamativas. Afeta a qualidade de vida dos pacientes e pode estar associada a comorbidades, como artrite psoriásica e doenças cardiovasculares.

- Diagnóstico: A psoríase é diagnosticada clinicamente com base na apresentação das lesões cutâneas, que geralmente aparecem como placas escamosas em áreas como cotovelos, joelhos e couro cabeludo. Em casos incertos, uma biópsia pode ser realizada para confirmar o diagnóstico.
- Tratamento:
  - Casos Leves a Moderados:
    - Tratamento tópico com corticosteroides, análogos da vitamina D (calcipotriol), e hidratantes para aliviar o ressecamento e a descamação.
    - Fototerapia (U
  - Casos moderados a graves :
    - Terapias sistêmicas com metotrexato, ciclosporina ou retinoides orais.
    - Novos tratamentos biológicos (inibidores de TNF-alfa, IL-17 e IL-23) são indicados para psoríase grave e resistente aos tratamentos convencionais.

- Monitoramento: A resposta ao tratamento deve ser monitorada com consultas regulares e ajuste das terapias. O impacto emocional e a qualidade de vida do paciente também devem ser avaliados.

3.3.2 Manejo do Eczema (Dermatite Atópica)

O eczema, também conhecido como dermatite atópica, é uma doença inflamatória crônica da pele caracterizada por prurido intenso e erupções cutâneas. Frequentemente associada a alergias respiratórias (rinite, asma), o manejo adequado é fundamental para evitar crises e complicações.

- Diagnóstico: Diagnóstico clínico baseado em lesões típicas de pele seca e pruriginosa, geralmente localizadas nas dobras dos braços e joelhos. Testes alérgicos (IgE específica) podem ser indicados para identificar desencadeantes alérgicos.
- Tratamento:
  - Corticosteroides Tópicos: De potência variável dependendo da gravidade da crise. Corticoides de baixa potência para áreas sensíveis (rosto) e de maior potência para áreas como mãos e pés.
  - Imunomoduladores Tópicos: Inibidores da calcineurina (tacrolimus) podem ser usados em áreas sensíveis ou quando o uso prolongado de corticosteroides não é aconselhável.
  - Controle de Prurido: Anti-histamínicos orais podem ser indicados para reduzir o prurido intenso e melhorar o sono.
  - Hidratantes e Emolientes: Uso regular de hidratantes para restaurar a barreira cutânea e prevenir exacerbações.
- Prevenção de Exacerbações: Aconselhar o paciente a evitar fatores desencadeantes conhecidos, como alérgenos e irritantes ambientais, e manter a pele bem hidratada.

3.3.3 Manejo do Câncer de Pele

O câncer de pele é uma das neoplasias mais comuns e pode ser dividido em melanoma e não melanoma (carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular). O diagnóstico precoce é essencial para o sucesso do tratamento.

- Diagnóstico: A avaliação clínica de lesões suspeitas, seguida de dermatoscopia e, se necessário, biópsia para confirmação histológica.
  - Melanoma: Lesão pigmentada com assimetria, bordas irregulares, coloração heterogênea e diâmetro maior que 6 mm.
  - Carcinoma Basocelular: Nódulo perolado com bordas elevadas, geralmente em áreas expostas ao sol.
  - Carcinoma Espinocelular: Lesão ulcerada ou nodular, com crescimento rápido e potencial para metástase.
- Tratamento:
  - Cirurgia Excisional: Remoção cirúrgica completa da lesão com margens de segurança adequadas.
  - Terapias Locais: Crioterapia ou curetagem para pequenos carcinomas basocelulares.
  - Terapias Sistêmicas: Para melanomas avançados, imunoterapia com inibidores de checkpoint (pembrolizumabe, nivolumabe) e terapia-alvo (inibidores de BRAF e MEK) são opções viáveis.
- Prevenção e Rastreamento: Educação do paciente sobre a importância da proteção solar e o autoexame regular da pele. Pacientes de alto risco devem ter acompanhamento dermatológico regular com exame completo da pele.

3.4 Endocrinologia

- 3.4.1 Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 1
- O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune que resulta na destruição das células beta pancreáticas, levando à deficiência absoluta de insulina. Essa condição requer tratamento contínuo com insulina e monitoramento rigoroso dos níveis de glicose.
- Diagnóstico: O DM1 é diagnosticado com base em sintomas clínicos como poliúria, polidipsia, perda de peso e cetoacidose. A glicemia em jejum ≥126 mg/dL ou uma HbA1c ≥6,5% são critérios diagnósticos. A presença de autoanticorpos (anti-GAD, anti-IA2) confirma o diagnóstico de DM1.
- Tratamento:
- Terapia com Insulina: Todos os pacientes com DM1 requerem insulina exógena. O tratamento padrão envolve múltiplas injeções diárias de insulina de ação rápida e prolongada, ou o uso de bombas de insulina.
- Monitoramento Glicêmico: Os pacientes devem monitorar a glicose sanguínea várias vezes ao dia e ajustar a insulina conforme as leituras de glicemia e ingestão alimentar.
- Complicações Agudas: A cetoacidose diabética é uma emergência médica e pode ocorrer em pacientes com descontrole glicêmico. Os pacientes devem ser educados para reconhecer os sinais de hipoglicemia e cetoacidose e receberem tratamento imediato.
- Prevenção de Complicações Crônicas: O controle rigoroso da glicemia (HbA1c <7%) é essencial para prevenir complicações a longo prazo, como retinopatia diabética, nefropatia e neuropatia. Monitoramento regular da função renal, exames oftalmológicos anuais e controle da pressão arterial são fundamentais.

- 3.4.2 Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2

- O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é caracterizado pela resistência à insulina e, eventualmente, pela falha progressiva das células beta pancreáticas. O manejo dessa condição envolve mudanças no estilo de vida e, frequentemente, tratamento farmacológico.
- Diagnóstico: O DM2 é frequentemente assintomático no início e diagnosticado com exames de glicemia de jejum ≥126 mg/dL, glicemia pós-prandial ≥200 mg/dL ou HbA1c ≥6,5%. O DM2 está frequentemente associado a obesidade, hipertensão e dislipidemia, formando parte da síndrome metabólica.
- Tratamento:
- Mudanças no Estilo de Vida: A primeira linha de tratamento envolve mudanças no estilo de vida, como perda de peso, exercício físico regular e uma dieta com baixo teor de carboidratos simples e gorduras saturadas.
- Tratamento Farmacológico: A metformina é o agente de primeira linha, seguida por sulfonilureias, inibidores de SGLT2 ou agonistas de GLP-1, dependendo das características do paciente e da resposta ao tratamento. Pacientes com controle glicêmico inadequado podem precisar de insulina basal ou prandial.
- Monitoramento de Complicações: O controle glicêmico, monitorado por HbA1c, deve ser avaliado a cada 3-6 meses. Além disso, o monitoramento de comorbidades, como hipertensão e dislipidemia, é essencial para reduzir o risco de complicações cardiovasculares. Exames regulares de função renal, visão e neuropatia são recomendados.

- 3.4.3 Manejo do Hipotireoidismo
- O hipotireoidismo é uma condição caracterizada pela produção inadequada de hormônios tireoidianos. A causa mais comum é a tireoidite de Hashimoto, uma doença autoimune.

- Diagnóstico: O diagnóstico é confirmado por níveis elevados de TSH e níveis baixos de T4 livre. Pacientes com tireoidite de Hashimoto frequentemente apresentam anticorpos anti-tireoperoxidase (anti-TPO) elevados.
- Tratamento:
- Reposição Hormonal: O tratamento padrão é a reposição de levotiroxina, que deve ser ajustada conforme os níveis de TSH e os sintomas do paciente.
- Ajuste da Dose : A dose de levotiroxina é ajustada com base nos níveis de TSH, monitorados a cada 6-8 semanas até que a dose adequada seja alcançada. A meta é manter o TSH dentro da faixa normal (0,4-4,0 mIU/L).
- Situações Especiais: Durante a gravidez, as necessidades de levotiroxina aumentam, e o monitoramento do TSH deve ser mais frequente. Em pacientes idosos, a dose inicial deve ser mais baixa devido ao risco de eventos cardiovasculares associados ao excesso de hormônios tireoidianos.

- 3.4.4 Manejo do Hipertireoidismo
- O hipertireoidismo é causado pela produção excessiva de hormônios tireoidianos, sendo a doença de Graves a causa mais comum. Outros fatores incluem bócio nodular tóxico e tireoidite.
- Diagnóstico : O diagnóstico é feito por baixos níveis de TSH e altos níveis de T4 e T3 livres. Na doença de Graves, a presença de anticorpos contra o receptor de TSH (TRAb) confirma o diagnóstico.
- Tratamento:
- Antitireoidianos: O tratamento inicial geralmente envolve medicamentos antitireoidianos, como o metimazol ou o propiltiouracil, para bloquear a produção de hormônios tireoidianos.

- Iodoterapia: A radioiodoterapia é uma opção comum em pacientes que não respondem ao tratamento medicamentoso ou que têm contraindicação à cirurgia.
- Cirurgia: A tireoidectomia pode ser indicada em casos de hipertireoidismo refratário ao tratamento clínico ou em pacientes com bócio volumoso.
- Monitoramento: Pacientes em tratamento com antitireoidianos devem ser monitorados regularmente quanto a sinais de hepatotoxicidade e agranulocitose, efeitos colaterais raros, porém graves. Após o tratamento definitivo (iodoterapia ou cirurgia), os pacientes frequentemente desenvolvem hipotireoidismo e requerem reposição de levotiroxina.
- iodoterapia.

3.5 Gastroenterologia

3.5.1 Manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica em que o conteúdo gástrico reflui para o esôfago, causando sintomas como azia e regurgitação. O manejo eficaz visa aliviar os sintomas e prevenir complicações, como esofagite e estenose esofágica.

- Diagnóstico: O diagnóstico inicial é baseado nos sintomas clínicos típicos de azia e regurgitação ácida. Quando necessário, exames adicionais podem incluir endoscopia digestiva alta, pHmetria de 24 horas e manometria esofágica.
- Tratamento:
  - Mudanças no Estilo de Vida: Pacientes devem ser aconselhados a evitar alimentos que exacerbam os sintomas (alimentos gordurosos, cafeína, chocolate, álcool), elevar a cabeceira da cama e não se deitar logo após as refeições.

- Terapia Medicamentosa: Inibidores da bomba de prótons (IBP), como omeprazol, são o tratamento de escolha para reduzir a produção de ácido. Antagonistas dos receptores H2 e antiácidos podem ser usados como tratamento complementar.

- Monitoramento: Pacientes com sintomas crônicos ou refratários ao tratamento medicamentoso devem ser monitorados para complicações, como esofagite erosiva ou esôfago de Barrett. Exames de imagem ou biópsias esofágicas podem ser necessários em casos suspeitos.

3.5.2 Manejo da Síndrome do Intestino Irritável (SII)

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é uma condição funcional do trato gastrointestinal, caracterizada por dor abdominal e alterações nos hábitos intestinais (diarreia, constipação ou ambos). O tratamento visa controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

- Diagnóstico: O diagnóstico da SII é clínico, baseado nos critérios de Roma IV, que incluem dor abdominal recorrente associada a defecação ou mudança na frequência ou forma das fezes. O diagnóstico diferencial exclui doenças orgânicas, como doença inflamatória intestinal ou câncer colorretal, por meio de exames como colonoscopia ou exames de sangue.

- Tratamento:

- Mudanças na Dieta: A dieta pobre em FODMAPs (oligo-, di-, monossacarídeos e polióis fermentáveis) é frequentemente recomendada para aliviar os sintomas. O aumento de fibras alimentares pode ser útil para pacientes com predomínio de constipação.

- Terapia Medicamentosa:

- Para SII com predominância de diarreia: Loperamida e agentes antidiarreicos são indicados.

- Para SII com predominância de constipação: Laxantes osmóticos (como polietilenoglicol) são usados.
- Para a dor abdominal: Antiespasmódicos, como a hioscina, ou antidepressivos tricíclicos podem ser usados em pacientes com dor significativa.
- Monitoramento: O acompanhamento regular é necessário para ajustar a dieta e as medicações conforme os sintomas evoluem. Exames adicionais podem ser indicados se surgirem novos sintomas alarmantes, como perda de peso ou sangramento.

3.5.3 Manejo da Doença Inflamatória Intestinal (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa)

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) inclui a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa, condições crônicas inflamatórias do trato gastrointestinal. Ambas as condições exigem manejo a longo prazo para controlar a inflamação, aliviar os sintomas e prevenir complicações.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito com base nos sintomas clínicos (diarreia crônica, dor abdominal, sangramento retal) e confirmado por colonoscopia com biópsia. Testes laboratoriais, como PCR e calprotectina fecal, auxiliam na avaliação da atividade inflamatória.
- Tratamento:
  - Indução da Remissão: Corticosteroides, como a prednisona, são usados para reduzir a inflamação em surtos agudos de DII. Aminossalicilatos, como mesalazina, são utilizados principalmente na Retocolite Ulcerativa.
  - Manutenção da Remissão: Imunossupressores (azatioprina, metotrexato) e agentes biológicos (inibidores de TNF, como infliximabe e adalimumabe) são usados para manter a remissão e evitar recaídas.

- Cirurgia: Pacientes com complicações graves, como fístulas, obstruções intestinais ou doença refratária ao tratamento medicamentoso, podem necessitar de intervenção cirúrgica, especialmente na Doença de Crohn.
- Monitoramento: Acompanhamento regular com exames clínicos, laboratoriais e endoscópicos é essencial para ajustar a terapia e prevenir complicações, como megacólon tóxico, perfuração intestinal ou risco aumentado de câncer colorretal.

3.5.4 Manejo de Úlceras Pépticas

As úlceras pépticas ocorrem devido à lesão da mucosa gástrica ou duodenal por ácido gástrico, frequentemente associadas à infecção por Helicobacter pylori ou ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

- Diagnóstico : O diagnóstico é feito com base nos sintomas clínicos (dor epigástrica em queimação) e confirmado por endoscopia digestiva alta, que permite a visualização direta da úlcera e a realização de biópsias. Testes de urease e sorologia são usados para detectar a presença de H. pylori .
- Tratamento:
- Erradicação do Helicobacter pylori: O tratamento de erradicação envolve o uso de uma combinação de antibióticos (claritromicina, amoxicilina ou metronidazol) e inibidores da bomba de prótons (IBP) por 10-14 dias.
- Terapia Antissecretora: Os IBPs são o tratamento padrão para promover a cicatrização da úlcera. O tratamento geralmente dura 4-8 semanas.
- Suspensão de AINEs: Pacientes com úlceras associadas ao uso de AINEs devem interromper o uso desses medicamentos e, se necessário, substituí-los por alternativas, como paracetamol ou opioides.
- Monitoramento: O acompanhamento inclui uma endoscopia de controle para verificar a cicatrização da úlcera após o tratamento. Pacientes com úlceras complicadas, como

sangramento ou perfuração, requerem monitoramento mais intensivo e, possivelmente, intervenção cirúrgica.

3.6 Ginecologia/Obstetrícia

3.6.1 Manejo da Gestação de Alto Risco

A gestação de alto risco envolve complicações maternas, fetais ou placentárias que aumentam os riscos durante a gravidez. O manejo envolve vigilância intensificada e exames mais frequentes para garantir a saúde da mãe e do bebê.

- Diagnóstico : A gestação é considerada de alto risco quando a paciente apresenta condições pré-existentes, como hipertensão, diabetes, ou doenças autoimunes, ou quando surgem complicações durante a gestação, como pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal ou polidrâmnio.
- Tratamento e Acompanhamento:
  - Controle de Comorbidades: O controle rigoroso de condições como diabetes gestacional e hipertensão é essencial. O uso de insulina e ajustes na dieta são comuns para diabetes, enquanto medicamentos como metildopa são indicados para hipertensão.
  - Exames Regulares: O acompanhamento inclui ultrassonografias regulares para monitorar o crescimento e desenvolvimento fetal, além de exames laboratoriais para avaliar a função hepática e renal da mãe.
- Monitoramento: A avaliação regular da pressão arterial, glicemia e marcadores fetais são necessários para identificar sinais de pré-eclâmpsia ou sofrimento fetal. A cardiotocografia é utilizada para monitorar a frequência cardíaca fetal em gestações de alto risco.

3.6.2 Exames de Ultrassonografia Obstétrica

Os exames de ultrassonografia obstétrica são essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento fetal e da saúde da gestante. Estes exames auxiliam na detecção precoce de anomalias fetais, na avaliação da placenta e no monitoramento de complicações.

- Tipos de Ultrassonografia:
  - Ultrassonografia Transvaginal: Usada no início da gestação para confirmar a localização e viabilidade do embrião, além de avaliar o comprimento do colo uterino para risco de parto prematuro.
  - Ultrassonografia Morfológica de 1º e 2º Trimestre: Avaliação detalhada da anatomia fetal, realizada entre 11-14 semanas e 18-22 semanas para detectar malformações congênitas.
  - Ultrassonografia Doppler: Avalia o fluxo sanguíneo fetal e placentário, fundamental em casos de restrição de crescimento intrauterino ou pré-eclâmpsia.
- Monitoramento: Para gestações de alto risco, a ultrassonografia Doppler é particularmente útil no acompanhamento da perfusão placentária e no monitoramento do bem-estar fetal. Exames seriados podem ser necessários para acompanhar o crescimento fetal e o volume de líquido amniótico.

3.6.3 Implantação de DIU (Dispositivo Intrauterino)

O implante de DIU é uma das formas mais eficazes de contracepção de longa duração, com opções hormonais e não hormonais. A inserção e o manejo de complicações associadas são responsabilidade do ginecologista.

- Tipos de DIU:

- DIU de Cobre: Um dispositivo não hormonal que interfere na capacitação do esperma, prevenindo a fertilização. Ele é eficaz por até 10 anos.
- DIU Hormonal (Levonorgestrel): Libera pequenas quantidades de hormônio que tornam o muco cervical mais espesso e suprimem a ovulação em alguns ciclos. Eficaz por até 5 anos.

- Procedimento de Inserção:
  - Pré-Implante: Antes da inserção do DIU, é necessário realizar um exame ginecológico completo, incluindo teste de gravidez e rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).
  - Implante: O DIU é inserido durante o ciclo menstrual ou logo após o parto. O procedimento é rápido e geralmente realizado em consultório, com o uso de um espéculo e um aplicador específico.
- Monitoramento e Complicações:
  - Monitoramento Pós-Implante: O acompanhamento inclui uma consulta de retorno para verificar a posição do DIU e para orientar o paciente sobre possíveis efeitos colaterais, como dor pélvica, sangramento irregular ou perfuração uterina, que é rara.
  - Complicações: Em casos de expulsão parcial ou total, o DIU deve ser removido e, se necessário, outro pode ser inserido. Pacientes devem ser orientadas a relatar imediatamente qualquer dor intensa ou sangramento anormal.

3.6 Ginecologia/Obstetrícia

3.6.1 Manejo da Gestação de Alto Risco

A gestação de alto risco envolve complicações que colocam em perigo a saúde materna e fetal. O manejo inclui vigilância intensiva e cuidados específicos.

- Diagnóstico : A gestação de alto risco pode ser resultado de doenças pré-existentes (hipertensão, diabetes, doenças cardíacas) ou complicações desenvolvidas durante a gestação, como pré-eclâmpsia, crescimento fetal restrito, ou descolamento prematuro da placenta.
- Tratamento e Acompanhamento:
  - Controle de Comorbidades: Monitorar e controlar condições como hipertensão gestacional e diabetes gestacional. Em casos de hipertensão, agentes como metildopa ou labetalol são comumente usados. No diabetes gestacional, o controle glicêmico é feito com insulina.
  - Exames Regulares: A ultrassonografia obstétrica, a cardiotocografia e exames laboratoriais periódicos são essenciais para monitorar o crescimento e o bem-estar fetal.

3.6.2 Exames de Ultrassonografia Obstétrica

Os exames de ultrassonografia são fundamentais para o acompanhamento do desenvolvimento fetal e avaliação de complicações materno-fetais.

- Tipos de Ultrassonografia:
  - Ultrassonografia Morfológica: Avaliação anatômica detalhada para identificar malformações fetais e acompanhar o desenvolvimento do feto. Realizada no 1º e 2º trimestres.
  - Doppler Fetal e Uterino: Fundamental em gestações de alto risco para monitorar o fluxo sanguíneo no feto e na placenta, detectando possíveis problemas de circulação ou nutrição fetal.
- Monitoramento: A ultrassonografia é utilizada para monitorar o crescimento fetal em casos de complicações, como restrição de crescimento intrauterino. Para pacientes

com risco de parto prematuro, o comprimento do colo uterino pode ser avaliado por ultrassonografia transvaginal.

3.6.3 Implantação de DIU (Dispositivo Intrauterino)

O DIU é uma forma de contracepção de longa duração e altamente eficaz. Existem opções hormonais e não hormonais, que são utilizadas dependendo das necessidades do paciente.

- Tipos de DIU:
  - DIU de Cobre: É uma opção não hormonal que interfere no ambiente uterino, prevenindo a fertilização. Pode ser usado por até 10 anos.
  - DIU Hormonal: Libera hormônios localmente (levonorgestrel), prevenindo a ovulação em alguns ciclos e tornando o muco cervical mais espesso. É eficaz por até 5 anos.
- Procedimento de Inserção:
  - Pré-Implante: Antes da inserção, o paciente passa por um exame ginecológico completo. Também são realizados exames para descartar infecções.
  - Implante: A inserção é rápida e pode ser feita em consultório, com o uso de anestesia local, se necessário.
- Monitoramento: A paciente deve retornar para revisão após a inserção, e o médico verifica a posição correta do DIU por meio de exame pélvico. Complicações como perfuração uterina são raras, mas precisam de acompanhamento.

3.6.4 Preventivo Ginecológico e Acompanhamento de Pacientes

O acompanhamento ginecológico preventivo é essencial para a detecção precoce de doenças, como o câncer de colo do útero e de mama, além de infecções sexualmente transmissíveis.

- Exame Preventivo (Papanicolau): O exame Papanicolau é recomendado regularmente para todas as mulheres sexualmente ativas. Ele permite detectar alterações pré-cancerosas no colo do útero e infecções como o HPV.
- Acompanhamento de Pacientes com Doenças Ginecológicas:
  - Infecções Vaginais e Sexualmente Transmissíveis: Diagnóstico e tratamento de infecções como vaginose bacteriana, candidíase e doenças sexualmente transmissíveis (clamídia, gonorreia, sífilis). O tratamento inclui antibióticos ou antifúngicos e educação sobre prevenção.
  - Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP): Condição comum em que os ovários produzem uma quantidade excessiva de andrógenos. O manejo envolve tratamento hormonal (anticoncepcionais) e mudanças no estilo de vida para controlar sintomas como irregularidade menstrual e resistência à insulina.
  - Endometriose: Condição em que o tecido endometrial cresce fora do útero, causando dor pélvica e infertilidade. O tratamento pode incluir analgésicos, anticoncepcionais orais ou cirurgia em casos graves.

3.7 Hematologia

3.7.1 Avaliação de Anemia

A anemia é uma condição caracterizada pela redução dos níveis de hemoglobina no sangue, com várias causas, incluindo deficiências nutricionais, doenças crônicas e desordens hematológicas.

- Parâmetros para Diagnóstico:
  - Hemograma Completo: É o exame inicial mais importante. Os níveis de hemoglobina abaixo de 12 g/dL em mulheres e 13 g/dL em homens indicam anemia. A contagem de reticulócitos pode ajudar a distinguir entre anemias regenerativas e não regenerativas.

- Ferro Sérico e Ferritina: Para diagnóstico de anemia ferropriva. A ferritina baixa indica depleção de reservas de ferro.
- Vitamina B12 e Ácido Fólico: Níveis baixos indicam anemia megaloblástica, frequentemente causada por deficiência de uma dessas vitaminas.

- Contrarreferência: Pacientes diagnosticados com anemia refratária ao tratamento ou com anemia de etiologia desconhecida devem ser encaminhados a um hematologista para investigação e manejo especializado.

3.7.2 Avaliação de Leucemias

As leucemias são cânceres hematológicos que afetam os glóbulos brancos. Podem ser agudas ou crônicas, e seu diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso do tratamento.

- Parâmetros para Diagnóstico:
- Hemograma com Diferencial: Um aumento significativo na contagem de leucócitos, especialmente com a presença de blastos, pode indicar leucemia aguda.
- Mielograma e Biópsia de Medula Óssea: Indicados para confirmar o diagnóstico e classificar o tipo de leucemia (mieloide ou linfoide).
- Exames Citogenéticos: Exames para identificar alterações cromossômicas, como a translocação 9;22 (Cromossomo Filadélfia), que é associada à leucemia mieloide crônica.

- Contrarreferência: O paciente com suspeita de leucemia deve ser contra referenciado imediatamente a um centro especializado para diagnóstico definitivo e início de tratamento quimioterápico.

3.7.3 Avaliação de Linfomas

Os linfomas são neoplasias que afetam o sistema linfático, subdivididos em linfoma de Hodgkin e linfomas não-Hodgkin.

- Parâmetros para Diagnóstico:
  - Exame Físico e Biópsia de Linfonodo: O diagnóstico definitivo de linfoma é feito através de biópsia de linfonodo afetado, acompanhada de exame histopatológico para determinar o tipo de linfoma.
  - Tomografia Computadorizada (TC): Utilizada para estadiamento da doença e identificação de envolvimento de outros órgãos.
  - Pet Scan: Em alguns casos, pode ser indicado para determinar a atividade metabólica das células neoplásicas e ajudar no planejamento terapêutico.
- Contrarreferência: Todos os pacientes com suspeita de linfoma devem ser encaminhados para um hematologista ou oncologista para confirmação diagnóstica e tratamento especializado.

3.7.4 Avaliação de Coagulopatias

As coagulopatias são distúrbios que afetam a coagulação sanguínea, podendo ser de origem genética (como a hemofilia) ou adquiridas (como a púrpura trombocitopênica imune).

- Parâmetros para Diagnóstico:
  - Tempo de Protrombina (TP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa): Usados para avaliar o tempo de coagulação e identificar deficiências nos fatores de coagulação.
  - Contagem de Plaquetas: Um número baixo de plaquetas (<150.000/mm³) pode indicar púrpura trombocitopênica imune (PTI) ou outras desordens plaquetárias.
  - Estudo Genético: No caso de suspeita de hemofilia, a dosagem dos fatores VIII ou IX é essencial para o diagnóstico.

- Contrarreferência: Pacientes com coagulopatias devem ser referenciados para centros especializados para confirmação do diagnóstico e manejo adequado, incluindo tratamento com reposição de fatores de coagulação.

3.8 Mastologia

3.8.1 Rastreamento e Tratamento do Câncer de Mama

- Objetivo: Detecção precoce e tratamento de câncer de mama.
- Protocolo: Mamografia anual para mulheres acima de 40 anos, biópsia de lesões suspeitas e encaminhamento para oncologia se necessário.

3.9 Medicina de Família

3.9 Medicina de Família

3.9.1 O Papel do Médico da Família como Coordenador da Gestão do Cuidado

O médico da família é o ponto central da atenção primária à saúde, responsável por gerenciar o cuidado integral dos pacientes e garantir a continuidade do atendimento ao longo do tempo. Ele coordena os cuidados de saúde em várias áreas e especialidades, sendo o principal responsável por identificar, avaliar e encaminhar pacientes para outras linhas de cuidado, conforme necessário.

- Atribuições do Médico da Família:
  - Acompanhamento Contínuo: O médico da família acompanha o paciente desde as primeiras consultas, criando uma visão holística da saúde do indivíduo e de sua família, considerando não apenas questões clínicas, mas também sociais e ambientais.
  - Gestão Integrada: Atua como intermediário entre diferentes especialidades, garantindo que o paciente receba o tratamento adequado e que as informações sejam compartilhadas entre os profissionais de saúde. Ele coordena o uso de recursos da

Policlínica e serviços especializados externos, sempre buscando a melhoria da qualidade de vida do paciente.

- Prevenção e Promoção da Saúde: Além de gerenciar condições crônicas, o médico da família trabalha com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, incentivando mudanças no estilo de vida e práticas saudáveis.

3.9.2 Interligação entre Linhas de Cuidado

A medicina de família é essencial para garantir a articulação entre as diferentes especialidades e os diversos serviços de saúde oferecidos pela Policlínica. O médico da família é o profissional que acompanha o paciente em toda sua jornada no sistema de saúde, coordenando a entrada em cada uma das linhas de cuidado necessárias.

- Acompanhamento e Encaminhamento: Ao identificar uma comorbidade ou necessidade específica, o médico da família encaminha o paciente para a linha de cuidado mais adequada, como cardiologia, ginecologia, endocrinologia ou mastologia. No entanto, ele continua monitorando o tratamento e o retorno do paciente, garantindo a continuidade do cuidado.
- Atenção Integral: O médico da família não se limita a uma única especialidade. Ele tem uma visão global do paciente, considerando todas as suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Isso permite uma abordagem mais eficiente na gestão de casos complexos, como pacientes com múltiplas comorbidades.
- Comunicação Multidisciplinar: O médico da família mantém uma comunicação constante com os outros profissionais da Policlínica. Ele organiza reuniões clínicas para discutir casos complexos e garante que todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente estejam cientes das decisões terapêuticas e dos próximos passos no tratamento.

3.9.3 Monitoramento de Pacientes com Doenças Crônicas

Pacientes com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e asma, requerem monitoramento contínuo e cuidadoso. O médico da família é o principal responsável por garantir que o manejo dessas condições seja feito de forma integrada e personalizada.

- Gestão de Doenças Crônicas:
  - Educação do Paciente: Além de prescrever tratamentos, o médico da família educa o paciente sobre sua condição, ajudando-o a entender a importância do controle da doença e das mudanças no estilo de vida.
  - Plano de Cuidado Individualizado: Com base no histórico clínico do paciente e nas diretrizes de tratamento, o médico desenvolve um plano de cuidados personalizado, que pode incluir consultas regulares com outros especialistas da Policlínica.
  - Avaliação Contínua: O médico da família avalia regularmente o progresso do paciente, ajusta tratamentos e realiza encaminhamentos quando surgem complicações ou quando há necessidade de avaliações mais especializadas.

3.9.4 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

A medicina de família também tem um foco importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O médico da família é responsável por orientar os pacientes em relação às medidas preventivas e pelo planejamento de ações que minimizem o risco de desenvolvimento de doenças.

- Campanhas Preventivas e Vacinação: O médico da família lidera campanhas preventivas, como vacinação e triagem de câncer, além de monitorar fatores de risco, como obesidade e sedentarismo, que podem desencadear outras condições crônicas.

- Detecção Precoce: Programas de rastreamento de doenças, como exames de sangue regulares, exames preventivos ginecológicos e check-ups anuais, são coordenados pelo médico da família para garantir que doenças sejam detectadas em fases iniciais

3.10 Nefrologia

3.10.1 Acompanhamento de Pacientes em Sessões de Hemodiálise

O nefrologista tem um papel central no acompanhamento dos pacientes submetidos à hemodiálise, garantindo o manejo adequado da doença renal crônica (DRC) e o controle das complicações associadas.

- Funções do Nefrologista na Hemodiálise:
  - Monitoramento Clínico: O nefrologista acompanha as condições dos pacientes durante as sessões, monitorando a estabilidade hemodinâmica, parâmetros metabólicos e eletrolíticos. A pressão arterial, o peso seco e o equilíbrio de líquidos são ajustados de acordo com as necessidades do paciente.
  - Controle Eletrolítico: Níveis de potássio, sódio e cálcio são monitorados e ajustados para evitar complicações, como arritmias cardíacas e cãibras. O nefrologista prescreve ajustes na diálise e na dieta para manter esses parâmetros dentro dos limites normais.
  - Ajuste do Peso Seco: A determinação do peso seco adequado é crucial para prevenir sintomas de sobrecarga de líquidos, como hipertensão e edema, ou desidratação, que pode levar à hipotensão intradialítica.
- Tratamento de Complicações:
  - Hipotensão Intradialítica: O nefrologista ajusta o volume de ultrafiltração e os medicamentos para tratar e prevenir quedas na pressão arterial durante as sessões de hemodiálise.

- Cãibras e Náuseas: Ajustes na taxa de filtração e a suplementação de eletrólitos são usados para prevenir cãibras musculares e outros sintomas relacionados à diálise.

3.10.2 Gestão Ambulatorial de Pacientes em Hemodiálise

Fora das sessões de hemodiálise, o nefrologista realiza um acompanhamento ambulatorial regular para garantir a manutenção do tratamento e o controle de comorbidades comuns associadas à doença renal crônica.

- Comorbidades Comuns em Pacientes em Hemodiálise:

- Hipertensão Arterial: A hipertensão é uma comorbidade frequente na DRC, exigindo controle rigoroso com medicamentos antihipertensivos. O nefrologista ajusta as doses de medicação com base nas leituras de pressão arterial e no peso do paciente.
- Anemia: Devido à insuficiência renal, a produção de eritropoetina é reduzida, resultando em anemia. O nefrologista prescreve eritropoetina e suplementação de ferro para corrigir os níveis de hemoglobina, mantendo-os entre 10-12 g/dL.
- Doença Óssea Metabólica: O metabolismo do cálcio e fósforo é afetado pela DRC. O nefrologista monitora os níveis de PTH, cálcio e fósforo, ajustando a dieta, os quelantes de fósforo e a vitamina D ativa (calcitriol) para prevenir a osteodistrofia renal.
- Acidose Metabólica: Pacientes com DRC podem desenvolver acidose metabólica devido à redução da excreção de ácidos pelos rins. A correção é feita com suplementação de bicarbonato de sódio, prescrita pelo nefrologista.

3.10.3 Acompanhamento de Principais Comorbidades Ambulatoriais

Pacientes em hemodiálise apresentam diversas comorbidades que requerem acompanhamento constante. O nefrologista é o responsável por garantir que essas condições sejam tratadas adequadamente, de forma a melhorar a qualidade de vida e

a sobrevida do paciente.

- Hipertensão Arterial:
  - Controle da Pressão Arterial: O nefrologista monitora e ajusta a terapia antihipertensiva com base nas medições pré e pós-dialíticas. Além disso, o controle da ingestão de sódio e líquidos faz parte do manejo global da hipertensão.
- Diabetes Mellitus:
  - Monitoramento do Controle Glicêmico: Pacientes com diabetes mellitus em hemodiálise exigem um manejo cuidadoso de insulina e medicamentos hipoglicemiantes para evitar hipoglicemias, que podem ser exacerbadas pelas sessões de diálise.
  - Controle de Complicações: O nefrologista colabora com endocrinologistas para o manejo de complicações relacionadas ao diabetes, como neuropatia e retinopatia.
- Doença Cardiovascular:
  - Avaliação e Prevenção de Eventos Cardiovasculares: Pacientes em hemodiálise têm um risco elevado de doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e arritmias. O nefrologista ajusta os tratamentos com betabloqueadores, inibidores da ECA, diuréticos e anticoagulantes conforme necessário.
- Anemia Renal:
  - Terapia com Eritropoetina: O nefrologista prescreve eritropoetina e monitora a resposta do paciente ao tratamento, ajustando as doses conforme necessário para manter níveis adequados de hemoglobina. A suplementação de ferro também é ajustada com base na ferritina e saturação de transferrina.
- Distúrbios do Metabolismo Ósseo:

- Controle do PTH e Fósforo: O nefrologista acompanha o equilíbrio cálcio-fósforo e ajusta o tratamento com quelantes de fósforo e calcitriol para prevenir complicações como hiperparatireoidismo secundário e doença óssea renal.

3.11 Neurologia

3.11.1 Manejo do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade neurológica e pode ser isquêmico (causado por oclusão de vasos sanguíneos) ou hemorrágico (devido à ruptura de vasos). O acompanhamento ambulatorial pós-AVC é fundamental para prevenir novos eventos e manejar as sequelas.

- Diagnóstico: O diagnóstico de AVC é confirmado por exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral, realizados na fase aguda. O acompanhamento inclui avaliações neurológicas regulares para monitorar déficits motores e cognitivos residuais.
- Tratamento e Acompanhamento:
  - Prevenção Secundária: O tratamento inclui anticoagulantes (varfarina, dabigatrana) ou antiagregantes plaquetários (aspirina, clopidogrel), além de controle rigoroso da pressão arterial, colesterol e diabetes.
  - Reabilitação Pós-AVC: A reabilitação com fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional é essencial para maximizar a recuperação funcional dos pacientes com sequelas.

3.11.2 Manejo da Epilepsia

A epilepsia é caracterizada por crises convulsivas recorrentes que resultam de descargas elétricas anormais no cérebro. O objetivo do tratamento ambulatorial é

controlar as crises e minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico e confirmado por eletroencefalograma (EEG), que detecta anormalidades elétricas cerebrais. Exames de imagem, como a ressonância magnética, podem ser utilizados para identificar lesões estruturais.
- Tratamento:
  - Medicamentos Anticonvulsivantes: O tratamento de manutenção inclui o uso de medicamentos anticonvulsivantes, como carbamazepina, valproato e lamotrigina. A escolha do medicamento depende do tipo de crise epiléptica e do perfil do paciente.
  - Monitoramento: O acompanhamento inclui ajustes de medicação conforme a resposta ao tratamento, além de exames periódicos para monitorar possíveis efeitos colaterais, como toxicidade hepática e alterações hematológicas.

3.11.3 Manejo da Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma condição neurodegenerativa progressiva que afeta o controle motor. Os pacientes experimentam sintomas como tremores, rigidez muscular e bradicinesia, que pioram com o tempo. O tratamento ambulatorial visa controlar os sintomas e retardar a progressão da doença.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, principalmente na presença de sintomas motores clássicos. O uso de levodopa como tratamento inicial pode confirmar o diagnóstico se houver uma resposta significativa aos sintomas.
- Tratamento:
  - Terapia com Levodopa: A levodopa é o medicamento de escolha para o tratamento dos sintomas motores da doença. Outros medicamentos, como inibidores da MAO-B (rasagilina) e agonistas dopaminérgicos, podem ser adicionados conforme a progressão da doença.

- Reabilitação e Fisioterapia: A reabilitação física e os exercícios são indicados para ajudar a manter a mobilidade e a funcionalidade. A terapia ocupacional também pode ser necessária para facilitar as atividades diárias dos pacientes.

3.11.4 Manejo da Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crônica que afeta o sistema nervoso central, resultando em episódios de desmielinização que levam à perda de função neurológica. O tratamento ambulatorial visa controlar os surtos e prevenir a progressão da doença.

- Diagnóstico: A ressonância magnética é o principal exame diagnóstico para detectar lesões desmielinizantes. Exames do líquor também podem revelar a presença de bandas oligoclonais, caracterizando um processo inflamatório no sistema nervoso central.
- Tratamento:
  - Imunomoduladores: Medicamentos como interferons beta e glatirâmer são usados para reduzir a frequência dos surtos. Nos casos de surtos graves, corticosteróides (metilprednisolona) são administrados para controle rápido dos sintomas.
  - Terapias de Suporte: A fisioterapia e a terapia ocupacional são essenciais para melhorar a mobilidade e a coordenação dos pacientes, enquanto o suporte psicológico ajuda a lidar com o impacto emocional da doença.

3.11.5 Manejo da Enxaqueca Crônica

A enxaqueca crônica é uma condição caracterizada por episódios recorrentes de dor de cabeça intensa, frequentemente acompanhada de náuseas, vômitos e sensibilidade à luz. O tratamento ambulatorial foca na prevenção e manejo dos episódios agudos.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico e se baseia na história de crises frequentes (mais de 15 dias por mês) e nos sintomas associados. Exames de imagem, como a tomografia ou ressonância magnética, podem ser necessários para excluir causas secundárias de cefaleia.
- Tratamento:
  - Prevenção Farmacológica: O tratamento preventivo envolve o uso de betabloqueadores (propranolol), anticonvulsivantes (topiramato) ou antidepressivos tricíclicos (amitriptilina). Para pacientes com enxaqueca refratária, tratamentos como a toxina botulínica podem ser considerados.
  - Tratamento Agudo: Durante uma crise de enxaqueca, analgésicos, triptanos e antieméticos são usados para aliviar os sintomas de forma eficaz.

3.12 Nutrição

3.12.1 Aconselhamento Nutricional para Diabetes

- Objetivo: Melhorar o controle glicêmico por meio de ajustes alimentares.
- Protocolo: Dieta balanceada, orientações sobre contagem de carboidratos e monitoramento regular do peso e glicemia.

3.13 Pediatria

3.13.1 Linha de Cuidado Pediátrica

A pediatria na Policlínica segue uma linha de cuidado integral, que acompanha o desenvolvimento infantil desde o nascimento até a adolescência. O médico pediatra realiza o manejo de condições agudas e crônicas, focando na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento adequado das principais comorbidades.

- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento: O monitoramento regular do peso, altura, perímetro cefálico e desenvolvimento motor e cognitivo são essenciais para identificar precocemente desvios de normalidade e intervenções precoces.
- Vacinação e Prevenção de Doenças: O pediatra é responsável por garantir que o calendário vacinal esteja atualizado, prevenindo doenças infecciosas graves, como sarampo, poliomielite, meningite e outras.
- Promoção da Saúde: A educação dos pais e cuidadores sobre nutrição adequada, aleitamento materno, higiene e desenvolvimento infantil faz parte da linha de cuidado, garantindo um crescimento saudável e prevenindo complicações futuras.

3.13.2 Manejo de Infecções Respiratórias Agudas

As infecções respiratórias agudas, como bronquiolite, pneumonia e rinossinusite, são causas comuns de atendimento pediátrico. Essas condições, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para complicações mais graves, especialmente em crianças menores de 5 anos.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado em sintomas como tosse, febre, dificuldade respiratória, e, quando necessário, confirmado por exames de imagem, como radiografia de tórax.
- Tratamento:
  - Bronquiolite: Geralmente autolimitada, o manejo inclui suporte respiratório com oxigênio e hidratação adequada. Em alguns casos, o uso de broncodilatadores é indicado.
  - Pneumonia: O tratamento inclui o uso de antibióticos, quando bacteriana, e monitoramento respiratório em casos mais graves, que podem exigir hospitalização.
- Prevenção: A vacinação contra vírus respiratório sincicial (VSR) e outras infecções respiratórias ajuda a reduzir a incidência e a gravidade dessas doenças.

3.13.3 Manejo de Asma

A asma é uma das doenças crônicas mais prevalentes em pediatria, caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas. O manejo adequado visa prevenir crises e melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado em sintomas recorrentes de tosse, sibilância e dispneia, associados a fatores desencadeantes, como alérgenos e infecções. Testes de função pulmonar podem ser usados para confirmar o diagnóstico.
- Tratamento:
  - Corticosteroides Inalados: São a base do tratamento de controle para a asma crônica. O uso regular previne inflamações e reduz a frequência das crises.
  - Broncodilatadores: Usados durante as crises para alívio imediato dos sintomas. A educação dos pais sobre o uso correto dos inaladores é essencial.
- Monitoramento: O acompanhamento regular é necessário para ajustar o tratamento conforme a gravidade dos sintomas e prevenir exacerbações.

3.13.4 Manejo de Infecções Gastrointestinais

As infecções gastrointestinais, especialmente a diarreia aguda, são comuns em crianças e podem levar à desidratação rápida. O manejo eficaz visa prevenir a desidratação e reduzir o risco de complicações.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado em sinais de diarreia, vômito e desidratação. Em casos graves, exames laboratoriais são realizados para identificar o agente causador e monitorar os eletrólitos.
- Tratamento:

- Reidratação Oral: O principal tratamento é a reidratação oral com soluções de reidratação para repor eletrólitos e líquidos perdidos.
- Antibióticos: Indicados apenas em casos específicos de infecções bacterianas confirmadas.
- Prevenção: A vacinação contra o rotavírus e boas práticas de higiene são medidas preventivas eficazes.

3.13.5 Manejo de Obesidade Infantil

A obesidade infantil é uma condição crescente, associada a várias comorbidades, como diabetes tipo 2, hipertensão e distúrbios lipídicos. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e monitoramento regular.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado no índice de massa corporal (IMC) ajustado para a idade e o sexo da criança. Exames laboratoriais podem ser necessários para avaliar o perfil lipídico e a glicemia.
- Tratamento:
- Mudanças no Estilo de Vida: A primeira linha de tratamento envolve educação sobre alimentação saudável, redução do tempo de tela e aumento da atividade física.
- Monitoramento de Comorbidades: O acompanhamento regular inclui o monitoramento de fatores de risco metabólicos, como resistência à insulina e hipertensão.
- Prevenção: Educação dos pais sobre a importância de uma dieta equilibrada e a prática regular de atividade física é fundamental para prevenir a obesidade.

3.14 Oftalmologia

3.14.1 Rastreamento e Encaminhamento de Catarata

A catarata é uma condição oftalmológica caracterizada pela opacificação do cristalino, resultando em visão turva. Embora a cirurgia seja o tratamento definitivo, o papel da Policlínica é rastrear e identificar os casos que necessitam de encaminhamento para exames mais detalhados e cirurgia.

- Diagnóstico: O diagnóstico de catarata é feito por exame clínico, geralmente através de um exame de lâmpada de fenda para avaliar o cristalino. A redução na acuidade visual, especialmente em ambientes com pouca luz, é um dos primeiros sinais relatados pelos pacientes.
- Rastreamento e Encaminhamento:
  - Rastreamento Inicial: Pacientes com sintomas de visão turva ou dificuldades visuais devem ser avaliados para catarata. Se o diagnóstico for confirmado, o paciente é encaminhado para avaliação oftalmológica especializada e exames mais detalhados, como biomicroscopia e exames de refração.
  - Encaminhamento para Cirurgia: Casos que comprometem significativamente a qualidade de vida são encaminhados para centros especializados, onde será feita a cirurgia de facoemulsificação.

3.14.2 Manejo de Conjuntivite

A conjuntivite, uma inflamação da conjuntiva, pode ser viral, bacteriana ou alérgica. É uma condição comum em oftalmologia e requer diagnóstico clínico preciso para tratamento adequado.

- Diagnóstico: A distinção entre conjuntivite bacteriana, viral e alérgica é feita com base no exame clínico e na apresentação dos sintomas. A secreção purulenta geralmente indica uma infecção bacteriana, enquanto a secreção aquosa e o prurido sugerem uma etiologia viral ou alérgica.
- Tratamento:

- Conjuntivite Bacteriana: Tratamento com colírios antibióticos, como tobramicina ou ciprofloxacino, dependendo da gravidade da infecção.
- Conjuntivite Viral: O manejo envolve suporte com colírios lubrificantes e compressas frias, já que a infecção viral é autolimitada. Evitar a disseminação é importante, com orientações sobre higienização.
- Conjuntivite Alérgica: Tratada com colírios anti-histamínicos e, em casos graves, com corticosteroides tópicos.

3.14.3 Manejo do Glaucoma

O glaucoma é uma doença crônica e progressiva que causa danos ao nervo óptico, geralmente associada ao aumento da pressão intraocular (PIO). O objetivo do tratamento é controlar a pressão intraocular e prevenir a progressão da perda visual.

- Diagnóstico: O glaucoma é diagnosticado por meio da tonometria (medida da PIO), exame de campo visual e avaliação do nervo óptico por oftalmoscopia. O acompanhamento regular é essencial, mesmo em casos assintomáticos.
- Tratamento:
  - Terapia Medicamentosa: O tratamento inicial inclui colírios hipotensores, como análogos de prostaglandinas (latanoprosta) ou betabloqueadores (timolol), para reduzir a pressão intraocular.
  - Monitoramento Regular: Exames de campo visual e avaliação do nervo óptico devem ser realizados periodicamente para monitorar a progressão da doença.

3.14.4 Manejo de Erros Refrativos

Os erros refrativos, como miopia, hipermetropia e astigmatismo, são condições que afetam a visão e são tratadas com correção óptica. O diagnóstico precoce e o

acompanhamento são essenciais para garantir a qualidade da visão.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito através de exames de refração, que identificam o grau de erro refrativo e prescrevem correção com óculos ou lentes de contato.
- Tratamento:
  - Correção Óptica: Óculos ou lentes de contato são indicados conforme o grau de erro refrativo. O ajuste periódico da prescrição é necessário para acompanhar o desenvolvimento da visão, especialmente em crianças e adolescentes.

3.14.5 Manejo de Uveítes

A uveíte é uma inflamação da úvea que pode ser causada por infecções, doenças autoimunes ou trauma. A condição pode causar perda visual significativa se não tratada adequadamente.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito por exame clínico detalhado, incluindo a avaliação com lâmpada de fenda. Exames laboratoriais podem ser necessários para identificar a etiologia, especialmente em casos de uveíte posterior.
- Tratamento:
  - Corticosteroides Tópicos ou Sistêmicos: Utilizados para reduzir a inflamação intraocular. Em casos mais graves, pode ser necessário o uso de imunossupressores.
  - Monitoramento: O acompanhamento frequente é essencial para prevenir complicações, como o glaucoma secundário e a formação de catarata induzida por medicamentos.

3.15 Ortopedia e Traumatologia

3.15.1 Manejo da Osteoartrite

A osteoartrite, também conhecida como artrose, é uma condição degenerativa das articulações, comumente afetando joelhos, quadris, mãos e coluna. É uma das principais causas de dor e limitação funcional em idosos.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado em dor articular, rigidez e limitação de movimento. Exames de imagem, como radiografias, podem confirmar o desgaste articular e a presença de osteófitos.
- Tratamento Ambulatorial:
  - Analgésicos e Anti-inflamatórios: O manejo da dor inclui o uso de analgésicos (paracetamol) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para reduzir a inflamação e melhorar a função articular.
  - Fisioterapia: Exercícios de fortalecimento muscular e alongamentos ajudam a melhorar a mobilidade e a função das articulações.
  - Encaminhamento para Cirurgia: Em casos avançados com limitação funcional grave, o paciente é encaminhado para avaliação de procedimentos cirúrgicos, como a artroplastia de substituição articular.

3.15.2 Manejo de Lombalgia Crônica

A lombalgia crônica é uma condição comum, afetando a parte inferior das costas e causando dor persistente. O tratamento ambulatorial visa o alívio da dor e a melhoria da mobilidade.

- Diagnóstico: A lombalgia é diagnosticada com base na história clínica e no exame físico. Radiografias da coluna ou ressonância magnética podem ser necessárias para avaliar alterações estruturais, como hérnias de disco ou espondilose.
- Tratamento:

- Medicamentos: O uso de analgésicos e relaxantes musculares, juntamente com AINEs, é comum no manejo da dor lombar.
- Terapia Física: A fisioterapia é recomendada para fortalecer os músculos das costas e abdominais, aliviando a pressão na coluna vertebral.
- Encaminhamento: Pacientes com dor persistente que não respondem ao tratamento conservador podem ser encaminhados para procedimentos como infiltrações ou cirurgias, se necessário.

3.15.3 Manejo de Tendinites e Bursites

Tendinites e bursites são condições inflamatórias comuns que afetam os tendões e bursas, respectivamente, principalmente nos ombros, cotovelos e joelhos.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado em dor localizada e limitação de movimento. Em casos de dúvida, exames de imagem, como ultrassonografia, podem ajudar a confirmar a inflamação dos tendões ou bursas.
- Tratamento:
  - Anti-inflamatórios: O tratamento inicial inclui AINEs para reduzir a inflamação e aliviar a dor. Compressas frias também podem ajudar nos casos agudos.
  - Fisioterapia: A reabilitação com exercícios de alongamento e fortalecimento muscular é essencial para prevenir a recorrência.
  - Infiltrações: Em casos mais graves, infiltrações com corticosteroides podem ser indicadas para alívio rápido da inflamação.

3.15.4 Manejo de Fraturas Estáveis

Fraturas estáveis, como as de punho, tornozelo e costelas, podem ser manejadas conservadoramente no ambulatório, desde que não haja necessidade de redução

cirúrgica.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito através de exame físico e confirmado por radiografia, que mostra o local e o tipo de fratura.
- Tratamento:
  - Imobilização: O tratamento inclui a imobilização da área afetada com gesso ou órtese para permitir a consolidação da fratura.
  - Analgésicos: A dor é controlada com analgésicos orais, como paracetamol ou AINEs.
  - Monitoramento: O acompanhamento inclui radiografias de controle para avaliar a cicatrização da fratura e o ajuste da imobilização, se necessário.

3.15.5 Manejo de Síndrome do Túnel do Carpo

A síndrome do túnel do carpo é uma neuropatia compressiva que afeta o nervo mediano no punho, causando dor, formigamento e fraqueza nas mãos. O manejo ambulatorial inclui tratamento conservador e encaminhamento para cirurgia em casos graves.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, com testes como o sinal de Tinel e Phalen. A eletroneuromiografia pode ser usada para confirmar a compressão do nervo mediano.
- Tratamento:
  - Imobilização: O uso de órteses noturnas para imobilizar o punho pode aliviar os sintomas.
  - Anti-inflamatórios e Fisioterapia: O uso de AINEs e fisioterapia para alongamento e fortalecimento da musculatura também são indicados.
  - Encaminhamento Cirúrgico: Nos casos em que o tratamento conservador falha, o paciente é encaminhado para cirurgia de descompressão do túnel do carpo.

3.16 Otorrinolaringologia

3.16.1 Manejo da Rinite Alérgica

A rinite alérgica é uma condição inflamatória crônica das vias aéreas superiores, causada por reações alérgicas a alérgenos, como pólen, poeira e pelos de animais.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, baseado na história de sintomas, como espirros, congestão nasal, coceira e rinorreia. Testes alérgicos podem ser realizados para identificar alérgenos específicos.
- Tratamento Ambulatorial:
  - Anti-histamínicos: O tratamento principal inclui o uso de anti-histamínicos orais e nasais para alívio dos sintomas.
  - Corticosteroides Nasais: Usados para reduzir a inflamação em casos moderados a graves. O uso contínuo é geralmente necessário para controle de longo prazo.
  - Imunoterapia: Em casos refratários, a imunoterapia pode ser considerada, com encaminhamento para especialistas em alergia.

3.16.2 Manejo da Sinusite Crônica

A sinusite crônica é uma inflamação prolongada dos seios paranasais que persiste por mais de 12 semanas. A condição pode ser causada por infecções, alergias ou obstrução anatômica.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado em sintomas persistentes de congestão nasal, dor facial e secreção purulenta. A tomografia dos seios da face pode ser usada para avaliar o grau de inflamação e a presença de obstruções.
- Tratamento:

- Corticosteroides Nasais: Utilizados para reduzir a inflamação e melhorar a drenagem dos seios paranasais.
- Antibióticos: Em casos de infecção bacteriana crônica, o tratamento com antibióticos de amplo espectro pode ser indicado.
- Encaminhamento Cirúrgico: Pacientes com sinusite crônica que não respondem ao tratamento clínico são encaminhados para avaliação cirúrgica de drenagem ou correção de obstruções anatômicas.

3.16.3 Manejo da Otite Média

A otite média é uma infecção do ouvido médio comum em crianças, frequentemente associada a infecções respiratórias. Pode ser aguda ou recorrente.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito por meio de otoscopia, que revela inflamação e acúmulo de líquido no ouvido médio. Exames auditivos podem ser indicados em casos recorrentes.
- Tratamento:
  - Antibióticos: Indicados em casos de otite bacteriana aguda. O tratamento é geralmente realizado com amoxicilina ou cefalosporinas.
  - Analgésicos: O controle da dor pode ser feito com analgésicos e antipiréticos.
  - Monitoramento e Encaminhamento: Crianças com otite média recorrente ou persistente podem ser encaminhadas para a inserção de tubos de ventilação.

3.16.4 Manejo do Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono

O ronco e a apneia obstrutiva do sono são condições que afetam a respiração durante o sono, resultando em episódios de obstrução das vias aéreas superiores.

- Diagnóstico: O diagnóstico de apneia do sono é confirmado por polissonografia, que mede os padrões de sono e a presença de episódios de apneia e hipopneia.
- Tratamento:
  - Mudanças no Estilo de Vida: Perda de peso, evitar o álcool antes de dormir e dormir de lado podem reduzir os episódios de apneia e ronco.
  - CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas): É o tratamento padrão para apneia obstrutiva do sono moderada a grave, utilizando uma máquina para manter as vias aéreas abertas durante o sono.
  - Encaminhamento Cirúrgico: Casos refratários ao CPAP podem ser encaminhados para cirurgia corretiva, como a uvulopalatofaringoplastia.

3.16.5 Manejo da Laringite Crônica

A laringite crônica é uma inflamação prolongada das cordas vocais, resultando em rouquidão, dor de garganta e tosse persistente. Pode ser causada por abuso vocal, refluxo gastroesofágico ou infecções.

- Diagnóstico: O exame clínico, com laringoscopia indireta, revela inflamação das cordas vocais. Em casos persistentes, exames mais detalhados podem ser indicados para descartar neoplasias.
- Tratamento:
  - Repouso Vocal: Pacientes são orientados a evitar esforço vocal até a recuperação completa.
  - Corticosteroides: Em casos mais graves, o uso de corticosteroides pode reduzir a inflamação.
  - Tratamento de Causas Subjacentes: Se a laringite crônica for causada por refluxo, o manejo inclui inibidores da bomba de prótons (IBP) e mudanças no estilo de vida.

3.17 Pneumologia

3.17.1 Manejo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição progressiva que afeta as vias aéreas e os alvéolos, frequentemente causada pelo tabagismo. O manejo ambulatorial visa reduzir os sintomas, prevenir exacerbações e melhorar a qualidade de vida.

- Diagnóstico: O diagnóstico é confirmado por espirometria, que mostra uma obstrução do fluxo aéreo persistente. Exames de imagem, como a radiografia de tórax, podem ser úteis para avaliar o comprometimento pulmonar.
- Tratamento Ambulatorial:
  - Broncodilatadores Inalados: O uso de broncodilatadores de ação curta ou prolongada (como salbutamol ou tiotrópio) é o tratamento de base para melhorar a função pulmonar.
  - Corticosteroides Inalados: Indicados em casos mais graves, para reduzir a inflamação e prevenir exacerbações.
  - Oxigenoterapia: Pacientes com hipoxemia crônica podem ser candidatos à oxigenoterapia domiciliar.

3.17.2 Manejo da Asma

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por sibilos, dispneia e episódios de tosse. O tratamento ambulatorial visa controlar os sintomas e prevenir crises.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado por testes de função pulmonar, como a espirometria, que mostra uma obstrução reversível ao fluxo aéreo.

- Tratamento:

  - Corticosteroides Inalados: São a base do tratamento de manutenção, prevenindo inflamação das vias aéreas e reduzindo a frequência das crises.
  - Broncodilatadores de Ação Rápida: Usados para alívio imediato durante crises asmáticas.
  - Educação e Monitoramento: O paciente é orientado a usar corretamente os dispositivos inalatórios e a monitorar os sintomas, sendo ajustada a terapia conforme necessário.

3.17.3 Manejo da Pneumonia

A pneumonia é uma infecção aguda dos pulmões, geralmente causada por bactérias. Em ambientes ambulatoriais, o objetivo é tratar os casos não complicados com antibióticos adequados e monitorar a evolução clínica.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito com base no exame clínico, confirmado por radiografia de tórax, que mostra consolidações pulmonares. Exames laboratoriais, como hemograma e testes de cultura de escarro, podem ser indicados.
- Tratamento:
  - Antibióticos de Amplo Espectro: Utilizados para tratar pneumonia bacteriana, geralmente com amoxicilina-clavulanato ou macrolídeos, dependendo do perfil bacteriano e da gravidade.
  - Analgésicos e Antipiréticos: Para controle de febre e dor torácica.
  - Monitoramento e Seguimento: Pacientes são monitorados para detectar complicações, como derrame pleural ou abscesso pulmonar, e são encaminhados para avaliação hospitalar se necessário.

3.17.4 Manejo da Tuberculose

A tuberculose é uma infecção bacteriana crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com tratamento ambulatorial de longo prazo. O acompanhamento inclui a administração de medicamentos e o controle rigoroso da adesão ao tratamento.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito por cultura de escarro, teste tuberculínico (PPD) e radiografia de tórax. A confirmação microbiológica é essencial para o início do tratamento.
- Tratamento:
  - Terapia Antituberculosa: O tratamento padrão inclui rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, administrados por pelo menos 6 meses. O acompanhamento ambulatorial garante a adesão ao tratamento e o monitoramento dos efeitos colaterais.
  - Monitoramento de Contatos: Os contatos próximos do paciente também devem ser avaliados e, se necessário, tratados para evitar a disseminação da doença.

3.17.5 Manejo de Doenças Intersticiais Pulmonares

As doenças intersticiais pulmonares (DIP) são um grupo de doenças que causam inflamação e cicatrização do tecido pulmonar, resultando em dificuldades respiratórias e fibrose pulmonar.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito por exames de imagem, como tomografia computadorizada de alta resolução, que mostra o padrão de fibrose. A espirometria pode mostrar restrição ventilatória.
- Tratamento:
  - Corticosteroides Sistêmicos: Utilizados para controlar a inflamação em casos de DIP ativa.

- Terapia Antifibrótica: Em casos de fibrose pulmonar idiopática, medicamentos antifibróticos, como pirfenidona, podem ser indicados para retardar a progressão da doença.
- Monitoramento: Exames de função pulmonar e tomografias periódicas são necessários para avaliar a progressão da doença e ajustar o tratamento.

3.18 Reumatologia

3.18 Reumatologia

3.18.1 Manejo da Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide é uma doença autoimune inflamatória crônica que afeta as articulações, levando à dor, inchaço e deformidades articulares ao longo do tempo. O objetivo do tratamento ambulatorial é controlar a inflamação, aliviar a dor e prevenir deformidades.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito com base na avaliação clínica de dor, rigidez e edema articular. Exames laboratoriais, como fator reumatoide (FR) e anticorpos anti-CCP, e radiografias de mãos e pés ajudam a confirmar o diagnóstico.
- Tratamento:
  - AINEs e Corticosteroides: São usados para controle inicial da dor e inflamação. Os corticosteroides são administrados por curtos períodos para evitar complicações a longo prazo.
  - DMARDs (Medicamentos Antirreumáticos Modificadores de Doença): Incluem metotrexato, sulfassalazina e leflunomida, utilizados para controlar a progressão da doença.

- Monitoramento Regular: Os pacientes são acompanhados para ajuste de medicação e avaliação de efeitos colaterais, como hepatotoxicidade, especialmente no uso prolongado de DMARDs.

3.18.2 Manejo da Espondilite Anquilosante

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica que afeta principalmente a coluna vertebral, causando dor lombar e rigidez. Ao longo do tempo, pode resultar em fusão das vértebras e perda de mobilidade.

- Diagnóstico: O diagnóstico é clínico, com base em dor lombar persistente e exames de imagem, como radiografia e ressonância magnética da coluna vertebral, que revelam inflamação e fusão vertebral. Exames laboratoriais, como HLA-B27, também podem ser utilizados.
- Tratamento:
  - AINEs: São a primeira linha de tratamento para controle da dor e da inflamação.
  - Fisioterapia: Exercícios para melhorar a mobilidade da coluna e fortalecer a musculatura paravertebral são recomendados.
  - Biológicos: Nos casos mais graves, o uso de medicamentos biológicos, como inibidores de TNF, pode ser indicado.

3.18.3 Manejo do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune multissistêmica que pode afetar articulações, pele, rins, sistema cardiovascular e nervoso. O manejo ambulatorial visa prevenir surtos e controlar a atividade inflamatória.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado em critérios clínicos e laboratoriais, incluindo a presença de anticorpos antinucleares (ANA), anti-DNA, e baixos níveis de complemento (C3 e C4).
- Tratamento:
  - Corticosteroides: São usados para controle dos surtos inflamatórios, especialmente em casos de envolvimento renal ou cardiovascular.
  - Imunossupressores: O uso de azatioprina, micofenolato de mofetil ou ciclofosfamida é indicado para controle da atividade sistêmica grave.
  - Antimaláricos: Hidroxicloroquina é usada para controle de sintomas articulares e cutâneos leves.

3.18.4 Manejo da Gota

A gota é uma doença inflamatória causada pelo acúmulo de cristais de ácido úrico nas articulações, levando a ataques agudos de artrite. O objetivo do tratamento é controlar as crises e reduzir os níveis de ácido úrico.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito pela observação de cristais de urato monossódico em líquido sinovial retirado da articulação afetada, além de níveis elevados de ácido úrico sérico.
- Tratamento:
  - Colchicina e AINEs: Usados para controle de crises agudas de gota.
  - Alopurinol: Indicada para redução dos níveis de ácido úrico a longo prazo, prevenindo novas crises.
  - Modificações no Estilo de Vida: A dieta com restrição de purinas e a perda de peso ajudam a prevenir novos ataques.

3.18.5 Manejo da Osteoporose

A osteoporose é uma doença caracterizada pela perda de densidade óssea, o que aumenta o risco de fraturas. O tratamento ambulatorial visa prevenir a progressão da doença e reduzir o risco de fraturas.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito por meio de densitometria óssea, que avalia a massa óssea e detecta a osteoporose antes que ocorram fraturas.
- Tratamento:
  - Suplementação de Cálcio e Vitamina D: Essencial para manter a saúde óssea e prevenir a progressão da osteoporose.
  - Bifosfonatos: Alendronato e risedronato são indicados para aumentar a densidade óssea e reduzir o risco de fraturas.
  - Atividade Física: Exercícios de carga, como caminhada e musculação, ajudam a manter a saúde óssea.

3.19 Urologia

3.19.1 Manejo da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é o aumento não canceroso da próstata, comum em homens a partir dos 50 anos, causando sintomas urinários como hesitação, urgência e fluxo urinário fraco.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico (toque retal) e exames complementares, como o PSA (antígeno prostático específico) e ultrassonografia da próstata.
- Tratamento Ambulatorial:
  - Alfa-bloqueadores: Medicamentos como tansulosina e doxazosina são usados para melhorar o fluxo urinário ao relaxar o músculo liso da próstata.

- Inibidores da 5-alfa-redutase: Finasterida e dutasterida são usados para reduzir o tamanho da próstata e prevenir a progressão dos sintomas.
- Monitoramento: O acompanhamento regular é necessário para ajustar o tratamento e monitorar a progressão dos sintomas.

3.19.2 Manejo da Litíase Urinária (Cálculos Renais)

A litíase urinária, ou cálculo renal, é a formação de pedras nos rins ou no trato urinário, causando dor intensa (cólica renal) e, em alguns casos, obstrução urinária.

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito através de exames de imagem, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada, que identificam a localização e o tamanho do cálculo.
- Tratamento:
  - Hidratação e Analgésicos: A ingestão de líquidos e o uso de analgésicos são recomendados para ajudar na eliminação espontânea de cálculos pequenos.
  - Tratamento Medicamentoso: Em casos de cálculos maiores, medicamentos como tamsulosina podem ser utilizados para facilitar a passagem da pedra.
  - Encaminhamento para Intervenção Cirúrgica: Cálculos grandes ou obstrutivos podem necessitar de procedimentos como litotripsia ou cirurgia endoscópica.

3.19.3 Manejo da Incontinência Urinária

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, afetando tanto homens quanto mulheres, e pode ter várias causas, como fraqueza do assoalho pélvico ou disfunção neurológica.

- Diagnóstico: A avaliação inclui exame clínico, diário miccional e exames urodinâmicos para determinar o tipo de incontinência (de esforço, de urgência ou mista).

- Tratamento:

  - Fisioterapia do Assoalho Pélvico: Exercícios de fortalecimento, como os exercícios de Kegel, são recomendados para melhorar o controle urinário.
  - Medicação: Anticolinérgicos podem ser utilizados em casos de incontinência de urgência para reduzir a hiperatividade vesical.
  - Encaminhamento Cirúrgico: Pacientes que não respondem ao tratamento conservador podem ser encaminhados para correção cirúrgica, como a colocação de sling ou esfíncter artificial.

3.19.4 Manejo da Infecção do Trato Urinário (ITU)

As infecções do trato urinário (ITUs) são comuns, especialmente em mulheres, e podem afetar a bexiga (cistite) ou os rins (pielonefrite).

- Diagnóstico: O diagnóstico é feito com base na história clínica de disúria, urgência e dor lombar, confirmada por exame de urina com cultura.
- Tratamento:

  - Antibióticos: O tratamento inclui antibióticos de amplo espectro, como nitrofurantoína ou ciprofloxacino, dependendo da gravidade e do local da infecção.
  - Hidratação: A ingestão abundante de líquidos é recomendada para ajudar na eliminação de bactérias.
  - Monitoramento: Pacientes com ITUs recorrentes devem ser monitorados e orientados sobre medidas preventivas, como boa higiene íntima e esvaziamento frequente da bexiga.

3.19.5 Manejo da Disfunção Erétil

A disfunção erétil é a incapacidade persistente de atingir ou manter uma ereção adequada para a relação sexual, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

- Diagnóstico: O diagnóstico é baseado na história clínica e em exames complementares, como a dosagem de testosterona, para investigar causas hormonais.
- Tratamento:
  - Inibidores da Fosfodiesterase Tipo 5: Medicamentos como sildenafil e tadalafil são a primeira linha de tratamento para melhorar a ereção.
  - Mudanças no Estilo de Vida: A perda de peso, exercícios regulares e o controle de condições crônicas, como diabetes e hipertensão, são recomendados para melhorar a função erétil.
  - Encaminhamento para Terapia: Em casos refratários, os pacientes podem ser encaminhados para terapia psicossocial ou cirurgia de prótese peniana.

4. Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos

4.1 Protocolo de Prevenção de Quedas

As quedas são uma das principais causas de lesões em pacientes, especialmente em idosos ou pacientes com mobilidade reduzida. O protocolo de prevenção de quedas visa minimizar o risco de acidentes e inclui as seguintes etapas:

- Avaliação do Risco de Quedas: Todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de quedas, especialmente os idosos e aqueles com condições que afetam a mobilidade (como fraqueza muscular, doenças neurológicas, ou uso de sedativos).
- Intervenções Preventivas: Implementação de medidas como barras de apoio no banheiro, pisos antiderrapantes, iluminação adequada, supervisão durante a locomoção e fornecimento de calçados adequados.
- Monitoramento Contínuo: O risco de quedas deve ser monitorado continuamente, e qualquer queda ocorrida deve ser analisada para evitar eventos futuros. Relatórios

sobre quedas devem ser revisados regularmente para detectar padrões ou áreas de melhoria.

4.2 Controle de Infecções e Higienização Antisséptica

O controle de infecções é fundamental para prevenir a propagação de doenças dentro da Policlínica, especialmente em pacientes imunocomprometidos ou submetidos a procedimentos invasivos. O protocolo de controle de infecções inclui:

- Higiene das Mãos: Todos os profissionais de saúde devem higienizar as mãos antes e após o contato com os pacientes, de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Uso adequado de máscaras, luvas, aventais e outros EPIs conforme necessário para evitar a transmissão de agentes infecciosos.
- Desinfecção de Equipamentos e Superfícies: Equipamentos médicos e superfícies de contato frequente devem ser limpos e desinfetados regularmente, especialmente em áreas de alto risco, como salas de cirurgia e unidades de terapia intensiva.
- Isolamento de Pacientes: Pacientes com doenças infecciosas transmissíveis, como tuberculose ou COVID-19, devem ser isolados e tratados em áreas específicas para evitar a propagação da infecção.

4.3 Protocolo de Deterioração Clínica

A identificação precoce de sinais de deterioração clínica é crucial para prevenir complicações graves e potencialmente fatais. O protocolo de deterioração clínica envolve:

- Monitoramento de Sinais Vitais: Medição regular de sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura corporal para detectar alterações súbitas ou progressivas.
- Uso de Escalas de Avaliação: Utilização de escalas de alerta precoce, como a Escala de Alerta Modificada (MEWS), para identificar pacientes em risco de deterioração clínica.
- Resposta Rápida: Implementação de equipes de resposta rápida (ERR) que podem ser acionadas imediatamente para atender pacientes com sinais de deterioração, como queda da pressão arterial, taquicardia, alteração do nível de consciência ou dificuldade respiratória.
- Planos de Ação Personalizados: Para pacientes de alto risco (como aqueles com insuficiência cardíaca ou doença renal crônica), criar planos de monitoramento específicos e intervir de maneira proativa quando houver sinais de piora.

4.4 Prevenção de Risco de Suicídio

O risco de suicídio deve ser avaliado em todos os pacientes com transtornos mentais, como depressão, ansiedade ou esquizofrenia, bem como naqueles que expressam pensamentos suicidas ou comportamentos de autolesão. As etapas do protocolo de prevenção de suicídio incluem:

- Triagem para Ideação Suicida: Todos os pacientes com doenças psiquiátricas devem ser triados regularmente para ideação suicida. Ferramentas padronizadas, como a Escala de Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), podem ser usadas para avaliar o risco.
- Intervenção Imediata: Pacientes identificados com alto risco de suicídio devem ser monitorados constantemente, e o encaminhamento urgente para um psiquiatra deve ser feito. O ambiente deve ser modificado para remover objetos perigosos.

- Acompanhamento Contínuo: Mesmo após a crise inicial, o paciente deve continuar em acompanhamento psiquiátrico regular, com apoio psicossocial e terapia contínua para reduzir o risco de recorrência.

5. Protocolos Diagnósticos e Terapêuticos

5.1 Protocolos de Imagem e Ultrassonografia

A imagem médica é uma ferramenta essencial no diagnóstico e monitoramento de várias condições. O protocolo para exames de imagem e ultrassonografia é baseado em diretrizes para garantir diagnósticos precisos e a segurança do paciente.

5.1.1 Ultrassonografia Abdominal

- Objetivo: Avaliar a anatomia e a funcionalidade de órgãos abdominais, incluindo fígado, vesícula biliar, rins, pâncreas e baço.
- Indicações: Pacientes com dor abdominal, suspeita de cálculos biliares, tumores hepáticos, pancreatite, ou doença renal.
- Protocolo:
  - Preparo do Paciente: Jejum de 6 a 8 horas antes do exame para melhorar a visibilidade dos órgãos.
  - Técnica: O exame é realizado com o paciente em decúbito dorsal, utilizando gel condutor para melhorar a transmissão das ondas ultrassônicas.
  - Interpretação: Analisar a presença de massas, cálculos, dilatações, ou alterações na ecogenicidade dos órgãos.

5.1.2 Mamografia

- Objetivo: Rastrear e diagnosticar câncer de mama em mulheres, principalmente acima dos 40 anos.
- Indicações: Rastreamento de rotina em mulheres assintomáticas, avaliação de massas palpáveis, ou como seguimento de anomalias detectadas em exames anteriores.

- Protocolo:
  - Preparo: Informar ao paciente para não usar desodorantes, cremes ou talcos no dia do exame, que podem interferir nas imagens.
  - Técnica: Compressão controlada da mama entre duas placas para obter imagens detalhadas.
  - Interpretação: Procurar por microcalcificações, massas, ou distorções estruturais que possam indicar neoplasia.

5.1.3 Ultrassom Doppler

- Objetivo: Avaliar o fluxo sanguíneo em veias e artérias para detectar estenoses, tromboses ou insuficiência venosa.
- Indicações: Pacientes com suspeita de trombose venosa profunda, varizes, ou avaliação pré-operatória de cirurgia vascular.
- Protocolo:
  - Preparo: Não é necessário jejum ou preparo específico.
  - Técnica : O transdutor de ultrassom é usado sobre as veias e artérias para medir o fluxo sanguíneo e detectar anormalidades.
  - Interpretação: Verificar a presença de coágulos, oclusões arteriais ou refluxo venoso.

5.2 Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico de uma ampla gama de doenças. O protocolo para realização de exames laboratoriais visa garantir a precisão, segurança e eficácia na coleta e análise de amostras biológicas.

5.2.1 Painéis Sanguíneos

- Objetivo: Avaliar a saúde geral do paciente, monitorar doenças e ajudar no diagnóstico de condições como anemia, infecções e disfunções hepáticas ou renais.
- Protocolo:
  - Hemograma Completo: Avaliação de hemácias, leucócitos e plaquetas, usado para diagnosticar anemias, infecções e distúrbios hematológicos.
  - Função Renal: Medida da creatinina e ureia para avaliar a função dos rins.
  - Função Hepática : Testes como ALT, AST e bilirrubina para avaliar a saúde do fígado.
- Interpretação: Os resultados são comparados com os valores de referência, e qualquer anomalia deve ser investigada com exames adicionais ou terapias adequadas.

5.2.2 Testes de Carga Viral (HIV e Hepatites)

- Objetivo: Monitorar a carga viral em pacientes com HIV ou hepatites virais para avaliar a eficácia do tratamento antirretroviral ou antiviral.
- Indicações: Pacientes em tratamento para HIV ou hepatite B/C, ou pacientes recém-diagnosticados para avaliar o estágio da infecção.
- Protocolo:
  - Coleta de Sangue: Amostra de sangue venoso coletada em tubos específicos para análise da carga viral.
  - Periodicidade: A carga viral deve ser monitorada a cada 3 a 6 meses, ou conforme necessidade clínica.
  - Interpretação: A redução ou manutenção de níveis indetectáveis de carga viral indica o sucesso terapêutico, enquanto aumentos podem sugerir falha de tratamento ou resistência viral.

5.2.3 Marcadores Tumorais

- Objetivo: Ajudar no diagnóstico e monitoramento do tratamento de diferentes tipos de câncer.
- Indicações: Pacientes com suspeita de câncer ou em acompanhamento após tratamento oncológico.
- Protocolo:
  - PSA: Utilizado para rastreamento e monitoramento do câncer de próstata.
  - CA 125: Monitoramento de câncer de ovário.
  - CEA: Indicador de câncer colorretal ou outros adenocarcinomas.
  - Interpretação: A elevação de marcadores deve ser analisada em conjunto com exames de imagem e clínicos para o diagnóstico definitivo.

6. Manejo Farmacológico

6.1 Uso Racional de Medicamentos

O manejo farmacológico seguro e eficaz é fundamental para a Policlínica, que adota práticas baseadas em protocolos atualizados para garantir o uso racional de medicamentos, evitando a polifarmácia e interações medicamentosas indesejadas.

- Objetivo: Melhorar a eficácia terapêutica e reduzir os riscos associados ao uso inadequado de medicamentos.
- Avaliação Regular: O regime terapêutico dos pacientes é avaliado periodicamente, com revisão de doses, interações medicamentosas e ajuste de terapias conforme necessário.

6.2 Tratamento de Doenças Crônicas

Pacientes com condições crônicas, como diabetes, hipertensão e dislipidemia, necessitam de manejo farmacológico contínuo para controle dos sintomas e prevenção

de complicações.

- Hipertensão: O uso de medicamentos antihipertensivos, como diuréticos, betabloqueadores e inibidores da ECA, é ajustado com base na resposta clínica do paciente e monitoramento da pressão arterial.
- Diabetes Mellitus: O tratamento inclui hipoglicemiantes orais (metformina, glibenclamida) e, em casos mais avançados, insulina. O monitoramento glicêmico regular é essencial para evitar complicações como hipoglicemia ou hiperglicemia.
- Dislipidemia: O uso de estatinas e fibratos é indicado para reduzir os níveis de colesterol LDL e triglicerídeos, prevenindo eventos cardiovasculares. O controle dos níveis lipídicos é realizado por exames regulares.

6.3 Manejo da Dor

O manejo farmacológico da dor é central para diversas condições tratadas na Policlínica, como osteoartrite, lombalgia crônica e neuropatias.

- Analgésicos Simples: O paracetamol é indicado para dor leve, enquanto AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais) são usados para dor moderada a intensa, associada a inflamações articulares.
- Opiáceos: Em casos de dor crônica intensa, como em osteoartrite avançada ou neuropatias, o uso de opiáceos leves, como tramadol, pode ser considerado com monitoramento rigoroso para evitar dependência.
- Corticosteroides: Em condições inflamatórias graves, como tendinites e bursites, o uso de corticosteroides é temporário e monitorado de perto para evitar efeitos adversos.

6.4 Manejo de Antibióticos

O uso racional de antibióticos é uma das principais diretrizes no manejo farmacológico

da Policlínica, visando reduzir a resistência bacteriana e tratar eficazmente infecções bacterianas.

- Prescrição Baseada em Evidências: O uso de antibióticos, como amoxicilina ou cefalosporinas, segue protocolos rígidos baseados em diagnósticos laboratoriais e exames clínicos, especialmente para infecções urinárias, respiratórias e de pele.
- Monitoramento de Efeitos Colaterais: O acompanhamento de pacientes em terapia antibiótica é fundamental para detectar efeitos colaterais, como reações alérgicas ou distúrbios gastrointestinais.

6.5 Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento farmacológico é um desafio contínuo, especialmente em pacientes com condições crônicas que requerem tratamento prolongado. A Policlínica adota estratégias para melhorar a adesão, incluindo educação ao paciente e suporte contínuo.

- Educação Farmacológica: O paciente é informado sobre a importância de seguir a prescrição, os efeitos esperados e os possíveis efeitos colaterais, com o intuito de aumentar a adesão.
- Simplificação do Esquema Terapêutico: Quando possível, a Policlínica trabalha para simplificar o regime medicamentoso, reduzindo o número de doses diárias para facilitar o cumprimento.
- Monitoramento de Adesão: A adesão é monitorada por meio de consultas regulares e, quando necessário, questionários de autoavaliação do paciente para identificar possíveis barreiras ao cumprimento do tratamento.

7. Cuidados Multidisciplinares

7.1 Papel do Infectologista

O infectologia

- Diagnóstico e Tratamento de Infecções: Avaliação clínica de pacientes com febre de origem desconhecida, doenças infecciosas crônicas ou agudas e aconselhamento sobre tratamento com antimicrobianos.
- Coordenação com Outras Especialidades: Trabalhar em conjunto com outros médicos, como oncologistas, para o manejo de pacientes imunocomprometidos, e com intensivistas para casos de sepse ou infecções graves em pacientes críticos.
- Prevenção e Controle de Infecções: Liderar iniciativas para prevenir infecções hospitalares, como protocolos de higienização e políticas de uso adequado de antibióticos.

7.2 Papel do Cardiologista

O cardiologista tem um papel fundamental no diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, tais como hipertensão, insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana. Suas responsabilidades incluem:

- Monitoramento de Doenças Crônicas: Acompanhar pacientes com hipertensão, doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca congestiva, ajustando o tratamento conforme a evolução do quadro.
- Avaliação Pré-Operatória: Avaliação de risco cardiovascular para pacientes que necessitam de cirurgias eletivas ou de emergência.
- Trabalho Multidisciplinar: Colaboração com nefrologistas para manejo de hipertensão resistente, e com cirurgiões em casos de revascularização coronariana.

7.3 Papel do Oftalmologista

O oftalmologista atua no diagnóstico e tratamento de doenças oculares, sendo

fundamental para a preservação da visão, especialmente em pacientes com comorbidades como diabetes e hipertensão. Suas responsabilidades incluem:

- Detecção Precoce de Complicações Oculares: Avaliação regular de pacientes com diabetes (retinopatia diabética) ou hipertensão (retinopatia hipertensiva) para prevenir perda de visão.
- Cirurgia de Catarata e Glaucoma: Realização de procedimentos cirúrgicos como a remoção de catarata e o tratamento cirúrgico para glaucoma.
- Colaboração Multidisciplinar: Trabalhar com endocrinologistas e neurologistas para manejo de complicações oculares secundárias a doenças sistêmicas, como diabetes e esclerose múltipla.

7.4 Papel do Nutricionista

Ou nutritivo

- Avaliação Nutricional: Avaliar o estado nutricional dos pacientes e elaborar planos alimentares personalizados para atender às necessidades específicas.
- Educação e Acompanhamento: Ensinar os pacientes a fazerem escolhas alimentares saudáveis, controlando ingestão de sódio, açúcar e gorduras saturadas.
- Colaboração com Equipes Médicas: Trabalhar em conjunto com endocrinologistas no manejo de diabetes, cardiologistas em casos de hipertensão, e gastroenterologistas em doenças hepáticas.

7.5 Papel do Psicólogo e Psiquiatra

Os psicólogos e psiquiatras desempenham um papel vital no cuidado de pacientes com distúrbios mentais, como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos e prevenção de suicídio. Suas responsabilidades incluem:

- Avaliação e Diagnóstico Psiquiátrico: Diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos em pacientes internados ou ambulatoriais, utilizando ferramentas padronizadas para avaliação da saúde mental.
- Terapias Cognitivas e Comportamentais: Aplicação de terapias psicológicas, como terapia cognitivo-comportamental (TCC), para tratar distúrbios de humor e ansiedade.
- Tratamento Medicamentoso: O psiquiatra é responsável por prescrever medicamentos psicotrópicos, como antidepressivos e antipsicóticos, ajustando as doses conforme a resposta do paciente.
- Trabalho Multidisciplinar: Colaborar com outros especialistas, como neurologistas e endocrinologistas, para abordar os efeitos psicológicos de doenças crônicas, como esclerose múltipla e diabetes, e com equipes de emergência para prevenção de suicídios.

7.6 Coordenação entre Especialidades

A coordenação entre especialidades é fundamental para garantir que os pacientes recebam cuidados integrados e completos. As estratégias para melhorar essa coordenação incluem:

- Reuniões Clínicas Regulares: Reuniões semanais ou mensais entre diferentes especialidades para discutir casos clínicos complexos e definir estratégias de manejo conjunto.
- Protocolos de Encaminhamento: Estabelecimento de fluxos claros para o encaminhamento de pacientes entre especialistas, garantindo que o cuidado seja contínuo e eficiente.
- Sistemas de Prontuário Eletrônico Integrado: Uso de prontuários eletrônicos que podem ser acessados por todas as especialidades, facilitando a troca de informações e o acompanhamento contínuo do paciente.

8. Educação e Aconselhamento ao Paciente

8.1 Aconselhamento Nutricional para Condições Crônicas

Pacientes com condições crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e doenças cardiovasculares, necessitam de orientações nutricionais adequadas para controlar suas doenças e melhorar sua qualidade de vida.

8.1.1 Diabetes Mellitus

- Objetivo: Controlar os níveis de glicose no sangue por meio de uma dieta balanceada, adequada à condição do paciente.
- Protocolo:
  - Acompanhamento Nutricional: O nutricionista deve elaborar um plano alimentar personalizado, com ênfase em alimentos com baixo índice glicêmico, controle rigoroso de carboidratos, e incentivo ao consumo de fibras.
  - Educação do Paciente: Ensinar o paciente a contar carboidratos e ajustar sua dieta de acordo com os níveis de glicemia monitorados.
  - Orientação sobre Alimentos: Evitar açúcares refinados e incentivar o consumo de grãos integrais, legumes e proteínas magras.

8.1.2 Hipertensão

- Objetivo: Reduzir a pressão arterial e minimizar o risco de complicações cardiovasculares através da dieta.
- Protocolo:
  - Redução de Sódio: Recomendar uma ingestão máxima de 2.300 mg de sódio por dia, incentivando o uso de temperos naturais em vez de sal.
  - Dieta DASH: Introduzir a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que enfatiza o consumo de frutas, vegetais, laticínios com baixo teor de gordura, e grãos integrais.

- Acompanhamento: Monitorar regularmente a pressão arterial e ajustar as recomendações dietéticas com base nas medições.

8.1.3 Obesidade

- Objetivo: Promover a perda de peso saudável para prevenir ou controlar condições relacionadas, como diabetes tipo 2 e doenças cardíacas.
- Protocolo:
- Deficit Calórico: Criar um plano alimentar com redução calórica moderada, visando a perda de peso sustentável, com metas de perda de 0,5-1 kg por semana.
- Educação sobre Alimentação: Focar no equilíbrio de macronutrientes (proteínas, gorduras saudáveis e carboidratos complexos) e evitar dietas restritivas extremas.
- Incentivo à Atividade Física: Reforçar a importância da atividade física regular como parte do plano de perda de peso.

8.2 Adesão ao Tratamento de HIV e Hepatites

A adesão ao tratamento é crucial para o sucesso terapêutico em pacientes com HIV e hepatites crônicas. A educação e o aconselhamento são fundamentais para ajudar os pacientes a manter a regularidade da medicação e evitar complicações.

8.2.1 Terapia Antirretroviral (TARV)

- Objetivo: Ajudar os pacientes a manter uma adesão superior a 95%, necessária para a eficácia do tratamento e supressão viral.
- Protocolo:
- Educação sobre a Importância da TARV: Explicar aos pacientes que a adesão à terapia é essencial para evitar a resistência viral e manter a carga viral indetectável.

- Estratégias de Suporte: Utilizar lembretes de medicação (como aplicativos ou alarmes), fornecer acesso fácil à farmácia, e manter consultas de acompanhamento frequentes para revisar o progresso.
- Gerenciamento de Efeitos Colaterais: Oferecer suporte para gerenciar os efeitos adversos dos medicamentos, que podem ser um fator de não adesão.

8.2.2 Hepatites B e C

- Objetivo: Garantir a adesão ao tratamento antiviral para reduzir a carga viral e prevenir a progressão para cirrose ou carcinoma hepatocelular.
- Protocolo:
  - Educação sobre o Tratamento: Informar os pacientes sobre a importância de completar o ciclo completo de antivirais e o impacto positivo no prognóstico da hepatite.
  - Suporte para a Adesão: Fornecer lembretes de medicação e realizar consultas regulares para monitorar a função hepática e a carga viral.
  - Estilo de Vida: Aconselhar sobre a redução ou eliminação de álcool, além de uma dieta saudável para proteger o fígado.

8.3 Modificações no Estilo de Vida para Risco Cardiovascular

Pacientes com fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes e dislipidemia, devem receber orientações claras sobre como modificar seu estilo de vida para reduzir o risco de infarto e acidente vascular cerebral (AVC).

8.3.1 Dieta e Exercício

- Objetivo: Reduzir o risco de complicações cardiovasculares por meio de mudanças no estilo de vida.
- Protocolo:

- Dieta Saudável para o Coração: Incentivar o consumo de frutas, vegetais, grãos integrais, e gorduras saudáveis (azeite de oliva, nozes), e reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans.
- Atividade Física Regular: Recomendação de pelo menos 150 minutos de exercício aeróbico moderado por semana, como caminhar, nadar ou andar de bicicleta.
- Monitoramento de Peso e Colesterol: Acompanhar regularmente os níveis de colesterol e peso do paciente, ajustando o plano alimentar e de exercícios conforme necessário.

8.3.2 Cessação do Tabagismo

- Objetivo: Ajudar os pacientes a parar de fumar, uma das intervenções mais eficazes para reduzir o risco cardiovascular.
- Protocolo:
  - Terapias de Substituição de Nicotina: Oferecer adesivos, gomas ou inaladores de nicotina como parte do plano de cessação.
  - Apoio Comportamental: Encorajar o uso de grupos de apoio, linhas de ajuda para fumantes e aconselhamento sobre estratégias para lidar com os gatilhos do tabagismo.
  - Monitoramento: Avaliar regularmente o progresso do paciente e fornecer reforço positivo e suporte contínuo para a manutenção da cessação do tabagismo.

8.4 Suporte e Cuidados de Saúde Mental

A saúde mental é uma parte integral da saúde geral do paciente. É essencial fornecer apoio emocional e psicológico, especialmente para pacientes com condições crônicas ou em tratamento oncológico.

8.4.1 Terapias Psicológicas

- Objetivo: Fornecer suporte psicológico para pacientes que sofrem de transtornos mentais, como depressão, ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático.
- Protocolo:
  - Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): Recomendada para ajudar os pacientes a modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais.
  - Apoio Psicológico para Pacientes Crônicos: Pacientes com doenças crônicas, como diabetes e câncer, devem ter acesso a aconselhamento psicológico para lidar com o estresse relacionado ao manejo contínuo da doença.

8.4.2 Suporte Psicosocial

- Objetivo: Oferecer suporte social e emocional para pacientes em risco de isolamento ou que enfrentam desafios significativos em suas vidas pessoais e profissionais devido à doença.
- Protocolo:
  - Grupos de Apoio: Organizar grupos de apoio para pacientes com condições crônicas, oferecendo um espaço seguro para compartilhar experiências e receber encorajamento.
  - Aconselhamento Familiar: Oferecer suporte à família do paciente para ajudá-los a lidar com a doença e os efeitos sobre a dinâmica familiar.

9. Pesquisa e Melhoria Contínua

9.1 Coleta de Dados e Relatórios

A coleta sistemática de dados é essencial para a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado. Monitorar os resultados clínicos e operacionais permite identificar áreas de sucesso e aquelas que requerem melhorias.

9.1.1 Indicadores de Qualidade

- Mirar: Estabelecer indicadores-chave de desempenho (KPIs) que permitam o monitoramento da qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.
- Protocolo:
  - Coleta Regular de Dados: Monitorar taxas de infecções hospitalares, quedas de pacientes, adesão à terapia medicamentosa, complicações pós-operatórias, e outros indicadores relevantes.
  - Análise de Resultados: Analisar os resultados regularmente, comparando-os com benchmarks nacionais e internacionais para garantir a qualidade contínua.
  - Correção de Desvios: Quando os resultados estiverem abaixo das expectativas, implementar ações corretivas e medidas de melhoria, como treinamentos adicionais ou revisão de protocolos.

9.1.2 Relatórios Regulares

- Mirar :
- Protocolo:
  - Relatórios Trimestrais e Anuais: Preparar relatórios detalhados com base nas análises de indicadores de qualidade e segurança. Esses relatórios devem ser compartilhados com toda a equipe clínica para incentivar a melhoria contínua.
  - Análise de Casos Críticos: Realizar revisão

9.2 Participação em Ensaios Clínicos

Os ensaios clínicos são uma ferramenta valiosa para o avanço do conhecimento médico e a melhoria dos tratamentos disponíveis. A participação em pesquisas clínicas pode proporcionar benefícios diretos aos pacientes, permitindo-lhes o acesso a novas terapias e intervenções.

9.2.1 Critérios de Participação

- Objetivo: Definir critérios para a seleção de pacientes elegíveis para participar de ensaios clínicos realizados na Policlínica ou em parceria com outras instituições.
- Protocolo:
  - Elegibilidade do Paciente: Os pacientes devem ser cuidadosamente avaliados com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelo protocolo do estudo.
  - Consentimento Informado: Fiador
  - Acompanhamento Durante o Estudo: Monitorar os pacientes de perto durante todo o ensaio clínico, garantindo que todas as condições de segurança sejam atendidas e que os dados sejam coletados de forma precisa.

9.2.2 Colaboração com Instituições Acadêmicas

- Objetivo: Estabelecer parcerias com universidades e instituições de pesquisa para conduzir ensaios clínicos de alta qualidade.
- Protocolo:
  - Acordos de Cooperação: Formalizar acordos com instituições de pesquisa para permitir que a Policlínica participe de ensaios clínicos multicêntricos.
  - Acesso a Novas Tecnologias: Colaborar em estudos que investiguem novos medicamentos, dispositivos médicos ou procedimentos cirúrgicos, garantindo que os pacientes tenham acesso às inovações mais recentes.

9.3 Revisão e Atualização de Protocolos

A revisão periódica dos protocolos clínicos é fundamental para assegurar que eles reflitam as práticas baseadas em evidências mais recentes e as mudanças nas diretrizes de saúde. Isso ajuda a garantir que o atendimento prestado seja sempre de alta qualidade e alinhado com os avanços da medicina.

9.3.1 Frequência das Revisões

- Objetivo: Estabelecer um calendário de revisão regular para todos os protocolos da Policlínica.
- Protocolo:
  - Revisão Anual dos Protocolos: Todos os protocolos devem ser revisados, no mínimo, uma vez por ano ou sempre que houver novas evidências científicas que justifiquem alterações. Isso inclui protocolos de diagnóstico, tratamento, manejo de comorbidades e segurança do paciente.
  - Feedback dos Profissionais de Saúde: Envolver médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde na revisão dos protocolos, coletando feedback baseado em suas experiências clínicas.

9.3.2 Adaptação às Diretrizes Nacionais e Internacionais

- Mirar: Garantir que os protocolos estejam sempre alinhados com as melhores práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de saúde.
- Protocolo:
  - Acompanhamento de Diretrizes Atualizadas: A equipe clínica deve acompanhar as atualizações publicadas por organizações como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e sociedades médicas especializadas.
  - Implementação de Mudanças: Quando novas diretrizes forem publicadas, os protocolos clínicos devem ser adaptados o mais rápido possível para incorporar essas mudanças e garantir que os pacientes estejam recebendo o melhor cuidado disponível.

10. Referências e Diretrizes

10.1 Diretrizes Nacionais e Internacionais

O uso de diretrizes nacionais e internacionais é essencial para garantir que os protocolos clínicos da Policlínica estejam alinhados com as melhores práticas e evidências científicas mais recentes.

10.1.1 Diretrizes Nacionais

- Ministério da Saúde: As diretrizes emitidas pelo Ministério da Saúde são as principais referências para o desenvolvimento dos protocolos clínicos na Policlínica. Estas incluem protocolos de tratamento para condições crônicas, doenças infecciosas e emergências.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): As PCDTs são essenciais para orientar o diagnóstico e o tratamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, além de doenças raras e de alto custo.
- Programa Nacional de Imunizações (PNI): Usado como referência para as campanhas de vacinação e protocolos de imunização em pediatria e outras áreas.

10.1.2 Diretrizes Internacionais

- Organização Mundial da Saúde (OMS): As recomendações da OMS são seguidas para a gestão de condições globais, como pandemias, doenças infecciosas e intervenções de saúde pública. As diretrizes da OMS são usadas especialmente em áreas como controle de infecções, saúde materno-infantil e emergências de saúde.
- Sociedades Médicas Internacionais: Guias de sociedades especializadas, como a Associação Americana de Diabetes (ADA) , **American HAssociação Americana do Coração (AHA) , **EuropaSociedade Europeia de Cardiologia (ESC), ea **Doenças Infecciosas SInfectious Diseases Society of America (IDSA), são referências importantes para doenças específicas, como diabetes, doenças cardíacas, e infecções.

10.2 Protocolos Institucionais

Os protocolos institucionais são desenvolvidos para adaptar as diretrizes nacionais e internacionais às particularidades da Policlínica e ao perfil dos pacientes atendidos. Esses protocolos garantem uniformidade e qualidade nos processos clínicos e administrativos.

10.2.1 Protocolos de Tratamento

- Elaboração e Atualização: A Policlínica desenvolve e atualiza regularmente seus próprios protocolos de tratamento com base nas diretrizes nacionais e internacionais, levando em consideração as características da população local.
- Protocolos Multidisciplinares: Os protocolos institucionais são criados com a contribuição de várias especialidades médicas, assegurando que o atendimento ao paciente seja integral e coordenado entre diferentes áreas da medicina.

10.2.2 Protocolos de Segurança do Paciente

- Prevenção de Erros Médicos: Os protocolos de segurança do paciente são baseados em diretrizes como as da Joint Commission International (JCI) e incluem práticas como a dupla checagem de medicamentos, identificação correta do paciente, e segurança em procedimentos cirúrgicos.
- Controle de Infecções Hospitalares: A Policlínica adota protocolos rigorosos de controle de infecções, incluindo a higienização das mãos, uso de EPIs, e monitoramento de infecções nosocomiais.

10.3 Últimas Pesquisas e Práticas Baseadas em Evidências

A prática clínica deve ser baseada nas evidências científicas mais recentes para garantir que os pacientes recebam o melhor tratamento possível. A Policlínica segue as diretrizes de prática baseada em evidências (EBM - Evidence-Based Medicine) para atualizar constantemente seus procedimentos e protocolos.

10.3.1 Revisão de Estudos Científicos

- Fontes de Referência : As dRevista de Medicina da Nova Inglaterra (NEJM) ,The Lancet , eJAMA (Jornal do Povo Americano)
- Meta-análises e Ensaios Clínicos: São considerados resultados de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises que tenham grande relevância clínica.

- Monitoramento Contínuo: Os profissionais da Policlínica são incentivados a manter-se atualizados com as últimas pesquisas e avanços em suas áreas de especialização por meio de participação em congressos e acesso a bibliotecas científicas digitais.

10.3.2 Implementação de Novas Tecnologias

- Avaliação de Novas Tecnologias: Novos equipamentos, tratamentos e técnicas são avaliados quanto à sua eficácia e segurança antes de serem implementados na prática clínica da Policlínica.
- Adoção de Novos Protocolos: Quando as evidências apontam para a eficácia de uma nova tecnologia ou abordagem terapêutica, os protocolos clínicos da Policlínica são atualizados para incorporar essas inovações. O uso de telemedicina, novas terapias biológicas e procedimentos minimamente invasivos são exemplos de avanços recentes incorporados às práticas institucionais.

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			
CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO	CH SEMANAL	SETOR	QUANTIDADE
Coordenador Assistencial	44	Geral	1
Farmacêutico	30	Geral	2
Auxiliar de farmácia	30	Geral	4
Fisioterapeuta	30	Geral	6
Nutricionista	30	Geral	2
Assistente Social	30	Amb.	3
Psicólogo	30	Amb.	2
Enfermeiro	30	Amb.	6
Técnico de enfermagem	30	Amb.	26
Fonoaudiólogo	30	Amb.	2
Técnico de imobilização	30	Amb.	2
Enfermeiro	30	SAE	2
Técnico de enfermagem	30	SAE	4
Cirurgião Dentista	30	SAE	1
Psicólogo	40	SAE	1
Assistente Social	30	SAE	2
Farmacêutico	40	SAE	1
Cirurgião dentista	30	CEO II	4
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	30	CEO II	4
Enfermeiro	30	P. TRANS	2
Psicólogo	30	P. TRANS	2
Assistente Social	30	P. TRANS	2
Farmacêutico RT	44	Geral	1
Enfermeiro RT Nefrologista	44	TSR	1
Enfermeiro Nefrologista	30	TSR	2
Técnico de enfermagem - diálise	30	TSR	6
Técnico de enfermagem sala de reuso	30	TSR	2
Profissional PIC	44	PIC	1
Técnico de Radiologia	24	SADT	8
Enfermeiro	30	Telemed.	2
Técnico de enfermagem	30	Telemed.	2
Técnico de enfermagem	30	CME	6
Auxiliar de Limpeza	30	Apoio	6
Auxiliar de Limpeza Externo	44	Apoio	1
Auxiliar Administrativo	44	ADM	1
Recepcionista	30	ADM	6
Assistente Administrativo	44	ADM	1
Gerente Geral Administrativo	44	ADM	1
Jovem Aprendiz	24	ADM	2

Faturista	44	ADM	2
Técnico de Segurança o Trabalho	44	SESMT	1
Técnico de Manutenção	44	Manutenção	2
Eletricista	44	Manutenção	1
Segurança	36	Segurança	4
Controlador de Acesso	30	Segurança	4
Analista Adm	44	SAU	1
Enfermeiro NEP/SCIH	44	ADM	1
Engenheiro Clínico	44	Manutenção	1
Motorista	30	Transp	6
TOTAL			**153**

DIMENSIONAMENTO MÉDICO			
SETOR	**DESCRIÇÃO SERVIÇO**	**TIPO**	**HORAS SEMANA**
Diretoria	Gerência Médica Técnico	Hora	20
	Supervisor Médico COREME	Hora	20
Radiologia	USG	Hora	96
	ECO	Hora	18
	Cardio Teste Ergométrico	Hora	12
	Radiologista Tomo	Hora	60
	Neuro Laudo EEG	Hora	2
	Neuro ENM	Hora	24
	Cardio Laudo ECG/ MAPA/Holter	Hora	16
	Radiologista RT + laudo RX, mamo e densito	Hora	36
	Endoscopista/ Colonoscopista	Hora	60
	Pneumo - Espiro	Hora	6
	Otorrino - videolaringo	Hora	8
	Urologista - Urodinâmica/ cistoscopia	Hora	8
	GO - Colpo	Hora	8
	Coordenador de SADT	Hora	40
Ambulatório de Especialidades	Coordenador	Hora	20
	Anestesiologia	Hora	30
	Cirurgia Vascular	Hora	20
	Cardiologia	Hora	30
	Clínico Geral – linha do cuidado	Hora	30
	Dermatologia	Hora	36
	Endocrinologia	Hora	30
	Gastroenterologia	Hora	20
	Ginecologia	Hora	30
	Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	Hora	30
	Hematologia	Hora	20

	Infectologia	Hora	20
	Mastologia	Hora	20
	Nefrologia	Hora	20
	Neurologia	Hora	30
	Pediatria	Hora	20
	Oftalmologia	Hora	36
	Ortopedia/Traumatologia	Hora	30
	Otorrinolaringologia	Hora	20
	Pneumologia	Hora	20
	Proctologia	Hora	20
	Psiquiatria	Hora	30
	Reumatologia	Hora	20
	Urologia	Hora	20
	Infecto (SAE)	Hora	20
	Endócrino (P. Trans)	Hora	30
	Psiquiatra (P. Trans)	Hora	30
	Acupunturista (PIC)	Hora	40
	Clínico Geral (telemedicina)	Hora	40
	Dermatolo (telemedicina)	Hora	20
	Oftalmologia (telemedicina)	Hora	20
Nefrologia	Nefrologista RT	Hora	20
	Nefrologista Hemodiálise	Hora	48

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

16 out 2024 07:34:58 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

16 out 2024 12:57:24 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

16 out 2024 12:57:29 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Cerquilho - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 28c0ce34d1841a1a2b87371832c8fd2c9296be51817ee2196a4b0043347c4f4f
https://valida.ae/2f597bf43d642052c8965f12e1eeb618ee686e175ab9bfbe5

MANUAL DE CONDUTAS MULTIDISCIPLINARES

1. OBJETIVO

Proporcionar um guia para o tratamento endodôntico de dentes anteriores superiores e inferiores com abscesso periapical sem fístula, garantindo a eliminação da infecção, a desinfecção dos canais radiculares e a preservação do dente.

2. DEFINIÇÕES

Um protocolo clínico é um conjunto de diretrizes sistemáticas e detalhadas que descrevem os procedimentos e técnicas a serem seguidos por profissionais de saúde para assegurar a padronização e a eficácia no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições odontologias específicas. No contexto deste documento, refere-se às etapas e métodos recomendados para o tratamento endodôntico de dentes anteriores com abscesso periapical sem fístula.

O tratamento endodôntico, também conhecido como tratamento de canal, é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e inflamações da polpa dental (o tecido mole dentro do dente). O objetivo é eliminar a infecção, desinfectar os canais radiculares e preservar o dente afetado.

3. SIGLAS

- **ASB** - Auxiliar de Saúde Bucal
- **MTA** - Cimento Mineral Trióxido Agregado
- **EDTA** - Ácido Etilenodiaminotetracético
- **IR** - Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol Tipo III
- **IRM** - Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol
- **AH Plus** - Cimento Obturação para Endodontia

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

7. CLASSIFICAÇÃO CID 10

- Abscesso periapical sem fístula: K04.7

8. DIGNÓSTICO

Abscesso Periapical sem fístula em fase inicial ou fase I

Características: dor intensa, espontânea, pulsátil, contínua e localizada. Dor à palpação apical e à percussão; sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. A coleção purulenta está contida ao espaço do ligamento periodontal.

Abscesso Periapical sem fístula em evolução ou fase II

Característica: dor espontânea (menos intenso que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente sem ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida; resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar e invade espaços medulares alcançando a região de subperiósteo.

Abscesso Periapical sem fístula evoluído ou fase III

Características: dor espontânea (menos intensa que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente com ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida, resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar, invade espaços medulares, vence a região subperióstea e instala-se na região submucosa.

9. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

10. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

11. TRATAMENTO

Tratamento endodôntico em polpa necrosada, com alteração periapical

1° Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082 ou 3083.
- Antissepsia do campo operatório
- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Inserir a medicação intracanal
- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento do ionômero de vidro

2° Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na próxima sessão.
- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento do ionômero de vidro

12. MATERIAIS ESPECÍFICOS

12.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02

- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixarotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixarotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3083
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm

- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 4D 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 4D 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo n°12 A
- Grampo n°13 A
- Grampo n°14
- Grampo n°26
- Grampo W8A
- Grampo n° 0
- Grampo n°00
- Grampo n°206
- Grampo n°207
- Grampo n°208
- Grampo n°209
- Grampo n°210
- Grampo n°211
- Grampo n°212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool

- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm

- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias (padronizar)
- Localizador apical (padronizar)
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho média
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm

- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

12.2. MATERIAL

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento Biocerâmico Bio-C Sealer (Angelus)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25

- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%

- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodofórmio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-EzeIrrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

13. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Instrumentos não esterilizados	Verificar e seguir rigorosamente os procedimentos de esterilização; reesterilizar instrumentos antes do uso.
2	Brocas desgastadas ou danificadas	Substituir as brocas desgastadas ou danificadas imediatamente.
3	Falta de materiais essenciais durante o procedimento	Manter um inventário atualizado e realizar pedidos de reposição regularmente.
4	Quebra de agulhas ou limas dentro do canal	Utilizar técnicas adequadas para evitar quebra; em caso de quebra, remover fragmentos com ferramentas adequadas.
5	Contaminação cruzada	Implementar protocolos rigorosos de controle de infecção; usar barreiras de proteção e desinfetantes.
6	Anestesia inadequada	Reavaliar a técnica de administração e ajustar a dosagem conforme necessário; garantir comunicação com o paciente.
7	Reação alérgica a materiais utilizados	Verificar histórico médico do paciente e usar materiais alternativos se necessário.
8	Fracasso no controle da infecção periapical	Avaliar novamente o diagnóstico; ajustar o plano de tratamento e considerar o uso de antibióticos.
9	Problemas na instrumentação rotatória	Realizar manutenção regular dos aparelhos e treinar a equipe no uso adequado dos instrumentos rotatórios.
10	Dor pós-operatória intensa	Prescrever analgésicos adequados e orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios.
11	Perda de selamento temporário entre sessões	Verificar o selamento antes do término da sessão; orientar o paciente sobre cuidados para manter o selamento.
12	Falta de comunicação com o paciente	Estabelecer uma comunicação clara sobre os procedimentos, riscos e cuidados pós-operatórios.
13	Falta de registros detalhados do tratamento	Manter registros detalhados e precisos de todos os procedimentos e progressos do tratamento.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**

	Data	Assinatura/carimbo

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico de dentes anteriores superiores e inferiores com abscesso periapical e fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

- Abscesso Periapical: Infecção localizada na região apical da raiz do dente, geralmente causada por infecção da polpa dental.
- Fístula: Comunicação anormal entre a raiz do dente e a superfície da gengiva ou da mucosa bucal, frequentemente associada a um abscesso crônico.
- Tratamento Endodôntico: Procedimento realizado para remover a polpa dental infectada, desinfetar e preencher o canal radicular para salvar o dente.

3. SIGLAS

- **ASB** - Auxiliar de Saúde Bucal
- **CID 10** - Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
- **MTA** - Cimento Mineral Trióxido Agregado
- **EDTA** - Ácido Etilenodiaminotetraacético
- **K-file** - Lima de tipo K para instrumentação endodôntica
- **Gutta-percha** - Cone de Guta-percha para obturação de canais radiculares
- **AH Plus** - Cimento obturador de canais radiculares à base de epóxi
- **IRR** - Irrigação (em contextos endodônticos pode ser usado para se referir à irrigação dos canais radiculares)

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas

- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical com fístula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Nessa fase crônica, o abscesso mostra áreas de reabsorção óssea variando do aspecto difuso ao circunscrito, podendo ser mapeado radiograficamente com introdução de cone de guta-percha através da fístula, o que possibilita identificar o ápice dentário responsável pela infecção.

O processo é assintomático. Ausência de dor à percussão, palpação e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Tratamento endodôntico em polpa necrosada, com alteração periapical

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- Antissepsia do campo operatório
- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal

por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento de ionômero de vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento de ionômero de vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil

- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm

- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18

- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm

- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm

- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina

- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80

- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin

- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	**Diagnóstico Incorreto**	Revisar histórico clínico e realizar exames radiográficos adicionais. Consultar com um especialista se necessário.
2	**Insuficiente Controle de Infecção**	Revisar e atualizar o protocolo de desinfecção e esterilização. Usar soluções desinfetantes apropriadas e assegurar a técnica asséptica rigorosa.
3	**Reação Alérgica ao Material**	Realizar histórico de alergias antes do tratamento. Optar por materiais alternativos se houver histórico de alergia conhecido.
4	**Dificuldade na Localização do Canal**	Utilizar localizador apical e técnicas de radiografia para ajudar na localização dos canais. Considerar a utilização de lupas ou microscópios.
5	**Fratura de Instrumentos**	Usar instrumentos de alta qualidade e seguir as recomendações do fabricante. Evitar forçar a inserção e realizar limpezas regulares.

6	**Perfuracao ou Perda de Substância Dentária**	Monitorar a técnica de preparo e evitar excesso de desgaste. Utilizar materiais de reparo apropriados e técnicas de selamento.
7	**Obturacao Inadequada**	Verificar a vedação e a adaptação do material obturador. Usar técnicas de compactação adequadas e confirmar a obturação completa com radiografias.
8	**Não Resolução da Fístula**	Revisar o tratamento endodôntico e considerar tratamento adicional se a fístula persistir. Acompanhar a cicatrização clínica e radiográfica.
9	**Reações Adversas à Anestesia**	Confirmar a ausência de contraindicações antes da administração. Monitorar o paciente durante e após a aplicação da anestesia.
10	**Incompatibilidade dos Materiais**	Verificar compatibilidade dos materiais utilizados com o protocolo. Realizar testes prévios se necessário e manter a documentação atualizada.
11	**Equipamento Defeituoso**	Realizar manutenção regular e inspeção dos equipamentos. Substituir ou reparar equipamentos defeituosos imediatamente.
12	**Instruções de Pós-Tratamento Insuficientes**	Fornecer ao paciente instruções claras e escritas sobre cuidados pós-tratamento. Agendar consultas de acompanhamento para avaliar a recuperação

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade

Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical com fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

O tratamento endodôntico é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e lesões na polpa dental, que pode resultar em abscesso periapical, caracterizado por uma infecção ao redor da raiz do dente. Dentes birradiculares são aqueles que possuem duas raízes, e a fístula é uma abertura na gengiva que permite a drenagem do pus do abscesso. A compreensão dessas definições é crucial para a aplicação correta do tratamento e para a comunicação eficaz entre a equipe odontológica e os pacientes.

3. SIGLAS

- CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB: Técnico de Saúde Bucal
- EDTA: Ácido Etileno Diamino Tetra-acético
- MTA: Cimento Mineral Trióxido Agregado

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical com fístula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Nessa fase crônica, o abscesso mostra áreas de reabsorção óssea variando do aspecto difuso ao circunscrito, podendo ser mapeado radiograficamente com introdução de cone de guta-percha através da fístula, o que possibilita identificar o ápice dentário responsável pela infecção. O processo é assintomático. Ausência de dor à percussão, palpação e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada e alteração periapical).

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)

- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca Gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3

- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo n° 12 A
- Grampo n° 13 A
- Grampo n° 14
- Grampo n° 26
- Grampo n° 0
- Grampo n° 00
- Grampo n° 207
- Grampo n° 208
- Grampo n° 209

- Grampo n° 210
- Grampo n° 211
- Grampo n° 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm

- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media

- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7

- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.

- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção residual	Revisão do tratamento endodôntico, reavaliação dos canais radiculares e reforço da desinfecção.
2	Fraturas de instrumentos	Utilização de técnicas adequadas e equipamentos de alta qualidade; treinamento contínuo da equipe.
3	Insuficiência de materiais	Verificação e controle rigoroso do estoque de materiais e substituição imediata de itens inadequados.
4	Falha na cicatrização da fístula	Monitoramento contínuo da fístula e ajustes no tratamento conforme necessário; possíveis intervenções cirúrgicas para correção.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

	Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula		

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical sem fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

O tratamento endodôntico é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e lesões na polpa dental, que pode resultar em abscesso periapical, caracterizado por uma infecção ao redor da raiz do dente. Dentes birradiculares são aqueles que possuem duas raízes, e a fístula é uma abertura na gengiva que permite a drenagem do pus do abscesso. A compreensão dessas definições é crucial para a aplicação correta do tratamento e para a comunicação eficaz entre a equipe odontológica e os pacientes.

3. SIGLAS

- CID - Classificação Internacional de Doenças
- ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB - Técnico de Saúde Bucal
- MTA - Cimento Mineral Trióxido Agregado
- EDTA - Ácido Etilenodiaminotetracético
- AH Plus - Nome de um cimento obturador
- P.A. - Puro ou Padrão

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas

- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical sem fístula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Abscesso Periapical sem fístula em fase inicial ou fase I

Características: dor intensa, espontânea, pulsátil, contínua e localizada. Dor à palpação apical e à percussão; sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. A coleção purulenta está contida ao espaço do ligamento periodontal.

Abscesso Periapical sem fístula em evolução ou fase II

Característica: dor espontânea (menos intenso que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente sem ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida; resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar e invade espaços medulares alcançando a região de subperiósteo.

Abscesso Periapical sem fístula evoluído ou fase III

Características: dor espontânea (menos intensa que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente com ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida, resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar, invade espaços medulares, vence a região subperióstea e instala-se na região submucosa.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada e alteração periapical)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado

em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve

ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi

- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia

- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm

- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80

- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X

- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70

- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml

- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Falha na remoção completa do tecido necrótico	Reavaliar o diagnóstico e usar irrigantes eficazes.
2	Fratura de Instrumento Endodôntico	Usar técnicas adequadas e instrumentos de alta qualidade.
3	Perfuração do Canal Radicular	Avaliar a anatomia e evitar avanço excessivo dos instrumentos.
4	Falta de Vedação Adequada	Escolher materiais de qualidade e garantir vedação completa.
5	Infecção Secundária Após o Tratamento	Implementar controle rigoroso de infecção e acompanhar o paciente.
6	Reação Alérgica ao Material de Obturação	Revisar histórico de alergias e usar materiais biocompatíveis.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical sem fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

Abscesso é uma coleção purulenta composta pela desintegração tecidual e caracterizada pela presença de exudato no interior da lesão. Esta alteração aparece quando ocorre baixa de resistência orgânica do hospedeiro concomitante ao aumento do número e virulência dos micro-organismo, o que denota a intensidade do processo inflamatório. Pode ser dividido em:

- Abscesso Periapical sem fístula em fase inicial ou fase I
- Abscesso Periapical sem fístula em evolução
- Abscesso Periapical sem fístula evoluído

Fatores etiológicos:

- Bacterianas: associadas à cárie dentária
- Físicos: que podem causar necrose e após contaminação bacteriana evoluir para abscesso

Mecânicos:

- Traumáticos = fraturas
- Iatrogênicos = preparos cavitários / Restaurações
- Patológicos = atrição, abrasão, erosão, raspagem periodontal

Térmicos – calor decorrente de preparos cavitários, materiais restauradores

Químicos:

ácidos empregados no condicionamento dentino-pulpar, materiais oriundos de restaurações de resinas compostas.

3. SIGLAS

- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

- TSB: Técnico de Saúde Bucal
- CID: Classificação Internacional de Doenças
- EDTA: Ácido Etilenodiamino Tetraacético
- MTA: Mineral Trióxido Agregado
- IRM: Material Intermediário Restaurador (Intermediate Restorative Material)
- EPI: Equipamento de Proteção Individual
- PBS: Plano de Biossegurança
- OH: Oxido de Hidrogênio (hipoclorito de sódio)
- AH Plus: Um tipo de cimento obturador utilizado em endodontia
- HCL: Hidróxido de Cálcio
-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical sem fístula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Abscesso Periapical sem fístula em fase inicial ou fase I

Características: dor intensa, espontânea, pulsátil, contínua e localizada. Dor à palpação apical e à percussão; sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. A coleção purulenta está contida ao espaço do ligamento periodontal.

Abscesso Periapical sem fístula em evolução ou fase II

Característica: dor espontânea (menos intenso que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente sem ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida; resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar e invade espaços medulares alcançando a região de subperiósteo.

Abscesso Periapical sem fístula evoluído ou fase III

Características: dor espontânea (menos intensa que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente com ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida, resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar, invade espaços medulares, vence a região subperióstea e instala-se na região submucosa

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é triangular com base voltada para vestibular nos molares superiores e trapezoidal com base maior voltada para mesial nos molares inferiores. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- Antissepsia do campo operatório
- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm.Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito

- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- e. Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

15 INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35

- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14

- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm

- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)

- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

16 MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)

- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)

- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; realizar nova medicação intracanal se necessário
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; considerar reintervenção endodôntica ou cirurgia periapical
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar encaminhamento a um especialista em endodontia
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e aplicar cuidados paliativos
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva o mais rápido possível
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se progressiva
8	Desenvolvimento de fístula	Diagnosticar a causa subjacente; tratar o canal radicular e drenar a infecção
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar medicação e considerar intervenção multidisciplinar
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir reinfecção

15 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16 ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical sem fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

O abscesso periapical com fístula pode se desenvolver a partir da periodontite apical sintomática (aguda) infecciosa, da periodontite apical assintomática (crônica) e do abscesso periapical sem fístula, todos originários de infecções no canal radicular. Este abscesso é caracterizado como um processo inflamatório crônico proliferativo, com foco de supuração localizado na região periapical, nutrido pelo canal radicular contendo polpa necrosada.

3. SIGLAS

-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical com fístula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Nessa fase crônica, o abscesso mostra áreas de reabsorção óssea variando do aspecto difuso ao circunscrito, podendo ser mapeado radiograficamente com introdução de cone de guta-percha através da fístula, o que possibilita identificar o ápice dentário responsável pela infecção. O processo é assintomático. Ausência de dor à percussão, palpação e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada e alteração periapical).

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é triangular com base voltada para vestibular nos molares superiores e trapezoidal com base maior voltada para mesial nos molares inferiores. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- Antissepsia do campo operatório
- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- Localização da (s) entrada (s) do (s) canal (s) radicular (es) com explorador reto
- Exploração do (s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do (s) canal (is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal (ais). O forame apical é ampliado até a lima de n° 20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal
- Secar o (s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o (s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm

- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo

- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo n° 12 A
- Grampo n° 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n° 0
- Grampo n° 00
- Grampo n° 207
- Grampo n° 208
- Grampo n° 209
- Grampo n° 210
- Grampo n° 211
- Grampo n° 212
- Hollemback 3S

- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm

- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm

- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35

- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio P.A.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodofórmio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)

- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva

1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; realizar nova medicação intracanal se necessário.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; considerar reintervenção endodôntica ou cirurgia periapical.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar encaminhamento a um especialista em endodontia.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e aplicar cuidados paliativos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva o mais rápido possível.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se progressiva.
8	Desenvolvimento de fístula persistente	Diagnosticar a causa subjacente; realizar tratamento adequado do canal radicular e drenagem da infecção.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar medicação e considerar intervenção multidisciplinar.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir reinfecção.
11	Recidiva de abscesso	Avaliar novamente a causa da infecção; realizar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais; garantir que todos estejam desinfetados e obturados corretamente.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17 HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes anteriores superiores e inferiores incisivos e caninos com necrose pulpa, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A polpa dentária normalmente está livre de sinais e sintomas, respondendo positivamente aos testes térmicos e elétricos. Ao serem estimuladas, apresentam uma resposta dolorosa cuja intensidade é compatível com o estímulo aplicado. Na necrose pulpar, o dente pode apresentar cavidade aberta ou fechada e não responde aos estímulos dolorosos.

3. SIGLAS

- ASB - Auxiliares de Saúde Bucal
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- EDTA - Ácido etilenodiamino tetra-acético
- MTA - Mineral Trióxido Agregado
- TSB - Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes anteriores superiores e inferiores incisivos e caninos com necrose pulpa.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

7. DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm

- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo

- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S

- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm

- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm

- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35

- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)

- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; realizar nova medicação intracanal se necessário.

2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; considerar reintervenção endodôntica ou cirurgia periapical.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar encaminhamento a um especialista em endodontia.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e aplicar cuidados paliativos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva o mais rápido possível.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se progressiva.
8	Desenvolvimento de fístula	Diagnosticar a causa subjacente; realizar tratamento adequado do canal radicular e drenagem da infecção.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar medicação e considerar intervenção multidisciplinar.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir reinfecção.
11	Recidiva de abscesso	Avaliar novamente a causa da infecção; realizar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais; garantir que todos estejam desinfetados e obturados corretamente.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico dentes birradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A polpa normal está livre de sinais e sintomas, respondendo positivamente aos testes térmicos e elétricos. Reage aos estímulos com uma resposta dolorosa de intensidade compatível com a excitação provocada. Na necrose pulpar, o dente pode apresentar cavidade aberta ou fechada e não responde aos estímulos dolorosos.

3. SIGLAS

-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes birradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

7. DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical
- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6

- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm

- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm

- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g

- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35

- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono

- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; considerar nova medicação intracanal e reavaliar a técnica de obturação.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; realizar nova limpeza e desinfecção dos canais; considerar tratamento adicional se necessário.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; usar técnicas de recuperação ou encaminhar para um especialista.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e monitorar o paciente para possíveis efeitos adversos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica de obturação; realizar nova obturação com controle radiográfico detalhado.

6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva.
7	Reabsorção radicular intern8a ou externa	Monitorar radiograficamente e clinicamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se necessário.
8	Desenvolvimento de novos sintomas	Reavaliar diagnóstico; considerar uma nova abordagem terapêutica ou interconsultar com um especialista.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar a medicação e considerar a intervenção multidisciplinar se necessário.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir a reinfecção.
11	Recidiva de necrose pulpar	Reavaliar a causa da necrose; considerar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais; usar técnicas avançadas de visualização e instrumentação para garantir que todos os canais sejam adequadamente tratados.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

	Com Abscesso Periapical Sem Fístula		

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A polpa dentária saudável não apresenta sinais ou sintomas e responde adequadamente aos testes térmicos e elétricos, com uma resposta dolorosa cuja intensidade corresponde ao estímulo aplicado. Em contraste, na necrose pulpar, o dente pode exibir cavidade aberta ou fechada e não responder aos estímulos dolorosos.

3. SIGLAS

- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- CID: Classificação Internacional de Doenças
- EDTA: Ácido Etilenodiaminotetracético
- TSB: Técnico de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes multirradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

7. DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é triangular com base voltada para vestibular nos molares superiores e trapezoidal com base maior voltada para mesial nos molares inferiores. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil

- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm

- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05

- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação

- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm

- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350

- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40

- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico

- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; considerar nova medicação intracanal e ajustar a técnica de obturação.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; realizar nova limpeza e desinfecção dos canais; considerar uma nova abordagem ou intervenção adicional se necessário.

3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar o uso de técnicas de recuperação ou encaminhamento para um especialista.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento imediatamente; irrigar com soro fisiológico e monitorar o paciente para possíveis efeitos adversos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica de obturação utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico detalhado para assegurar a correta vedação dos canais.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para a restauração definitiva o mais rápido possível.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente e clinicamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se a reabsorção for progressiva.
8	Desenvolvimento de novos sintomas	Reavaliar o diagnóstico e o plano de tratamento; considerar a necessidade de uma abordagem terapêutica alternativa ou consulta com um especialista.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar um médico para avaliar possíveis efeitos colaterais; ajustar a medicação e considerar a intervenção multidisciplinar se necessário.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal com técnicas adequadas para garantir uma vedação eficaz e prevenir a reinfecção.
11	Recidiva de necrose pulpar	Reavaliar a causa da necrose; considerar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares; ajustar o plano de tratamento conforme necessário.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais radiculares; usar técnicas avançadas de visualização e instrumentação para garantir que todos os canais sejam adequadamente tratados.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes anteriores superiores e inferiores (incisivos e caninos) com pulpite, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

Pulpite é uma inflamação aguda da polpa dentária. Baseado nas respostas e características clínicas da dor, não é possível definir um diagnóstico histopatológico, mas apenas afirmar se a polpa está ou não doente. No contexto do diagnóstico clínico, é importante distinguir entre pulpite aguda (sintomática) e pulpite crônica (assintomática).

3. SIGLAS

-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

- Pulpite sintomática = K04.01
- Pulpite assintomática = K04.03

7. DIAGNÓSTICO

No contexto do diagnóstico clínico da dor pulpar, é fundamental distinguir entre sintomas agudos ou crônicos, bem como entre inflamações agudas ou crônicas. Segundo Bell, a dor aguda é de curta duração, enquanto a dor crônica dura mais de seis meses. O diagnóstico da dor pulpar deve ser realizado com base em evidências clínicas, sinais e sintomas apresentados, além do exame de vitalidade pulpar. A pulpite sintomática é verificada em situações de dor pulpar presente em cavidade fechada, com aparecimento espontâneo e teste de vitalidade pulpar (TVP) positivo. Já a pulpite assintomática está associada a situações de sintoma provocado, geralmente com cavidade aberta (hiperplasia ou ulceração pulpar), cujo exame de vitalidade mostrou-se pouco efetivo. Em resumo, a pulpite sintomática se caracteriza por cavidade fechada, sintoma espontâneo e resposta positiva ao TVP, enquanto a pulpite assintomática apresenta cavidade aberta, sintoma provocado e resposta pouco efetiva ao TVP

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com pulpite desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da biopulpectomia (endodontia em polpa vital)

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 1% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração.
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04

- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm

- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm

- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm

- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g

- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40

- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator

- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico incorreto	Reavaliar sinais e sintomas; realizar exames adicionais, como radiografias.
2	Anestesia insuficiente	Aplicar anestesia suplementar; considerar diferentes técnicas anestésicas.
3	Dificuldade no isolamento do dente	Reajustar ou substituir o dique de borracha; utilizar outros métodos de isolamento.
4	Acesso inadequado à câmara pulpar	Ajustar a entrada de acesso; utilizar técnicas de ampliação visual, como lupas ou microscópios.
5	Instrumentação insuficiente ou excessiva	Reavaliar e ajustar a técnica de instrumentação; usar instrumentos adequados.
6	Extravasamento de irrigante	Controlar o volume de irrigante; usar técnicas de irrigação seguras e controladas.
7	Obstrução dos canais radiculares	Reavaliar a técnica de instrumentação; considerar uso de micro-instrumentos ou ultrassom.

8	Fratura de instrumento	Retirar o fragmento com técnicas específicas; considerar encaminhamento para especialista.
9	Subobturacão ou sobreobturação	Reavaliar a obturação; corrigir com retratamento se necessário.
10	Infecção pós-operatória	Prescrever antibióticos se necessário; instruir o paciente sobre higiene e cuidados pós-operatórios.
11	Dor persistente após o tratamento	Reavaliar o tratamento; considerar causas secundárias; aplicar terapias adicionais ou retratamento.
12	Diagnóstico incorreto	Reavaliar sinais e sintomas; realizar exames adicionais, como radiografias.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão

Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores (pré-molares) com pulpite, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

Pulpite é uma inflamação aguda da polpa dentária. Com base nas respostas e nas características clínicas da dor, não é possível definir um diagnóstico histopatológico específico; pode-se apenas afirmar se a polpa está ou não doente. No contexto do diagnóstico clínico, deve-se distinguir entre sintomas agudos (pulpite sintomática) e crônicos (pulpite assintomática).

3. SIGLAS

- PTE: Protocolo de Tratamento Endodôntico
- PS: Pulpite Sintomática
- PA: Pulpite Assintomática
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão
- T.V.P: Teste de Vitalidade Pulpar
- MTA: Cimento Mineral Trióxido Agregado
- EDTA: Ácido Etilenodiaminotetracético
- AH Plus: Cimento Obturação Endodôntica

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes birradiculares superiores e inferiores (pré-molares) com pulpite.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais

- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

- Pulpite sintomática = K04.01
- Pulpite assintomática = K04.03

7. DIAGNÓSTICO

No contexto do diagnóstico clínico da dor pulpar, é fundamental distinguir entre sintomas agudos ou crônicos de inflamação aguda ou crônica. Segundo Bell, a dor aguda é de curta duração, enquanto a dor crônica persiste por mais de seis meses. O diagnóstico da dor pulpar deve ser realizado com base em evidências clínicas, sinais e sintomas, sintomatologia apresentada e exame da vitalidade pulpar.

A pulpite sintomática é verificada em situações de dor pulpar presente em cavidade fechada, com aparecimento espontâneo e teste de vitalidade pulpar positivo. Já a pulpite assintomática está associada a situações de sintoma provocado, geralmente com cavidade aberta (hiperplasia ou ulceração pulpar), cujo exame de vitalidade se mostra pouco efetivo.

Pulpite sintomática:

- Cavidade fechada
- Sintoma espontâneo, positivo ao T.V.P (Teste de Vitalidade Pulpar)

Pulpite assintomática:

- Cavidade aberta
- Sintoma provocado, pouco efetivo ao T.V.P

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com pulpite desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da biopulpectomia (endodontia em polpa vital)

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 1% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração.
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica. Em caso de realizar a odontometria radiográfica, deve-se de preferência colocar uma lima tipo K em um canal radicular e no outro uma lima tipo H, e então realizar a técnica mésiorradial para dissociação da raízes
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone. Técnica radiográfica mésiorradial
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário duplo com Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol e depois Cimento do Ionômero de Vidro

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)

- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4

- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211

- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm

- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias (padronizar)
- Localizador apical (padronizar)
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto

- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25

- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%

- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Instrumento endodôntico fraturado no canal	Remover o fragmento com técnicas apropriadas ou realizar bypass se remoção não for possível
2	Perforação durante a preparação do canal	Selar a perfuração com materiais adequados como MTA (Agregado de Trióxido Mineral)
3	Subpreenchimento do canal radicular	Reentrar o canal e completar o preenchimento com material de obturação
4	Sobrepreenchimento do canal radicular	Monitorar clinicamente, podendo ser necessário retratamento endodôntico
5	Infecção persistente após o tratamento	Realizar nova desinfecção e possível retratamento endodôntico
6	Resorção interna ou externa	Avaliar a extensão da resorção e considerar tratamento específico ou extração
7	Formação de bolhas de ar na obturação	Reobturar o canal para eliminar espaços vazios
8	Dor persistente após tratamento	Verificar possíveis canais adicionais, realizar novos exames e reavaliar a obturação
9	Falha na vedação coronária	Refazer a restauração coronária para garantir o selamento adequado
10	Excesso de remoção de estrutura dentária	Utilizar técnicas minimamente invasivas e reforço da estrutura com pinos ou outros materiais
11	Desvio do canal (ledge)	Reacessar o canal e tentar corrigir o desvio utilizando instrumentos flexíveis
12	Canal não encontrado ou não tratado	Reacessar o dente, utilizar técnicas de localização de canais adicionais

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares superiores e inferiores com pulpite, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

Pulpite é uma inflamação aguda da polpa dentária. Com base nas respostas e nas características clínicas da dor, não é possível determinar um diagnóstico histopatológico específico; apenas é possível confirmar se a polpa está ou não doente. No diagnóstico clínico, é essencial distinguir entre pulpite sintomática (sintoma agudo) e pulpite assintomática (sintoma crônico).

3. SIGLAS

- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
- EDTA: Ácido Etilenodiaminotetracético
- MTA: Mineral Trióxido Agregado
- T.V.P: Teste de Vitalidade Pulpar

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes multirradiculares superiores e inferiores com pulpite.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

- Pulpite sintomática = K04.01
- Pulpite assintomática = K04.03

7. DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico da dor pulpar, deve-se distinguir sintoma aguda ou crônico de inflamação aguda ou crônica.

Segundo Bell, a dor aguda e crônica, relaciona-se ao seu tempo de duração (aguda de curta

duração; crônica, duração superior a 6 meses).

O diagnóstico da dor pulpar deve ser realizado com base em evidencias clínicas, sinais e sintomas, sintomatologia apresentada e exame da vitalidade pulpar.

A pulpite sintomática é verificada em situações de dor pulpar presente em cavidade fechada, com aparecimento espontâneo e teste de vitalidade pulpar positivo.

A pulpite assintomática está associada a situações de sintoma provocado, geralmente com cavidade aberta (hiperplasia ou ulceração pulpar), cujo exame de vitalidade mostrou-se pouco efetivo.

Pulpite sintomática: - cavidade fechada:

- sintoma espontâneo positiva ao T.V.P (Teste de Vitalidade Pulpar)

Pulpite assintomática: - cavidade aberta:

- sintoma provocado, pouco efetivo ao T.V.P

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com pulpite desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Técnica da biopulpectomia (endodontia em polpa vital)

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 1% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração.
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica. Em caso de realizar a odontometria radiográfica, deve-se de preferência colocar uma lima tipo K em um canal radicular e no outro uma lima tipo H, e então realizar a técnica mésiorradial para dissociação das raízes.
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone. Técnica radiográfica mésiorradial
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário duplo com Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol e depois Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil

- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm

- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05

- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação

- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm

- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias (padronizar)
- Localizador apical (padronizar)
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350

- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40

- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico

- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	**Dor Persistente**	Avaliar se há tratamento inadequado ou falhas na obturação. Reavaliar a vitalidade pulpar e a necessidade

		de tratamento adicional.
2	**Dificuldade em Localizar Canais**	Utilizar instrumentos e técnicas alternativas, como radiografia de diferentes ângulos e localizadores apicais.
3	**Perda de Isolamento Absoluto**	Reforçar a técnica de isolamento com uma nova colocação do lençol de borracha. Verificar se há vazamentos.
4	**Infeção Persistente ou Recidiva**	Considerar a reavaliação do tratamento inicial e a possibilidade de realizar um tratamento endodôntico retratamento. Utilizar irrigantes adicionais para desinfetar o canal.
5	**Dificuldade na Instrumentação**	Utilizar limas manuais ou técnicas alternativas para lidar com obstruções ou curvaturas acentuadas.
6	**Canais Radiculares Não Obturados Adequadamente**	Reavaliar a técnica de obturação, garantir que a adaptação do cone de guta-percha é adequada e considerar o uso de cimento obturador adicional.
7	**Danos ao Dente Adjacente**	Garantir a proteção adequada do dente adjacente durante o tratamento e ajustar a técnica de preparo para evitar danos.
8	**Queixa de Sensibilidade ao Frio/Calor**	Verificar se há infiltração no tratamento ou se o dente está adequadamente obturado. Considerar a necessidade de um tratamento adicional ou diagnóstico.
9	**Fratura de Instrumento**	Remover o fragmento de instrumento com técnicas apropriadas, como uso de pinças de endodontia ou ultrassom, e continuar com o tratamento endodôntico.
10	**Comprometimento do Protocolo de Medicamento**	Revisar o uso correto das medicações intracanais e aplicar o tratamento farmacológico conforme as recomendações e necessidades específicas.
11	**Ressalto em Radiografia**	Analisar e ajustar a técnica de obturação para corrigir possíveis erros e garantir que o canal está adequadamente obturado.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A estruturação de um novo tratamento endoôntico em decorrência de um fracasso representa uma manobra complexa que requer cuidado especial. Ainda que o novo tratamento seja constituído quase exatamente das mesmas fases operatórias do tratamento inicial, qualquer reconstrução exige muita atenção e apurada perícia. Embora o retratamento seja a primeira opção para tratamento do insucesso, ele apresenta as dificuldades e complicações que tornam o prognóstico duvidoso.

3. SIGLAS

- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
- EDTA: Ácido Etilenodiaminotetracético
- MTA: Mineral Trióxido Agregado
- T.V.P: Teste de Vitalidade Pulpar
-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

K04.9 = outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas.

7. DIAGNÓSTICO

Presença de dor, edema, fístula, mobilidade patológica associados ou não a alteração do espaço do ligamento periodontal e presença de rarefação óssea periapical

Ausência de sinais e sintomas, porém presença de selamento coronário danificado expondo o interior do(s) canal(ais) radicular(es) aos fluido bucais

Indicações protéticas.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Presença de lesão periapical e/ou sintomatologia dolorosa.
- Dentes que irão receber coroa protética e/ou serão pilares para próteses mesmo que assintomáticos, porém com tratamento endodôntico insatisfatório.
- Dentes que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agranar sua condição sistêmica;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídos acima de 3/5 com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte ósseo radicular.
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea.
- Terceiros molares.

10. TRATAMENTO

- Anestesiar (se necessário)
- Remover tecido cariado / restauração / pino intrarradicular (vide protocolo clínico de remoção de pino)
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária
- Irrigação / aspiração da câmara coronária em hipoclorito de sódio a 2,5%
- Localizar o(s) canal(is) radicular(es) com explorador reto
- Empregar alargadores cervicais ou sistema rotatório para retratamento no 1/3 cervical e início do 1/3 médio.
- Utilizar um solvente no espaço relativo no 1/3 cervical.
- Com limas tipo K-Flex procura-se vencer o material com pressão apical e movimentos de cateterismo.
- Na região apical, principalmente nos 3mm finais de obturação, evitar o emprego do solvente para prevenir possível extravasamento do material obturador.
- Odontometria.
- Nova reinstrumentação do(s) canal(s) radicular(es) (conforme protocolo clínico estipulado para cada grupo dentário)
- Medicação intracanal(is) entre sessões.
- Obturação.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4

- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm

- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm

- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm

- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias (padronizar)
- Localizador apical (padronizar)
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25

- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin

- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

Quadros de Caso Flare-Up:

Flare-up é uma emergência que ocorre entre as sessões de tratamento endodôntico, caracterizada por dor intensa e/ou tumefação. Após uma intervenção endodôntica em um dente assintomático, o paciente pode retornar algumas horas depois ou no dia seguinte, queixando-se de dor severa e/ou tumefação.

Periodontite Apical Aguda Secundária:

- Remover o curativo.
- Realizar irrigação e aplicar medicação intracanal.
- Prescrever analgésicos e anti-inflamatórios.

Abscesso Apical Agudo Secundário:

Seguir o protocolo para tratamento de abscessos (consultar o protocolo de Abscesso).

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Deve-se considerar os aspectos clínicos e radiográficos, assim como o tempo de controle (proservação), como critérios de avaliação do índice de sucesso e fracasso do tratamento endodôntico.

- Resultados esperados:
- Ausência de dor e tumefação
- Ausência de fístula
- Ausência da perda de função
- Endôncia radiográfica de espaço do ligamento periodontal normal.
- Desaparecimento da lesão (se houver constatado durante o período de preservação em comparação com dados radiográficos obtidos na ocasião do tratamento endodôntico.
- Controle (Preservação)

Para friedman, a maioria dos casos de dentes tratados endodonticamente cura após 1 a 2 anos, com alguns podendo levar até 4 anos.

A radiografia de controle deve ser tirada de 6/6 meses após o tratamento endodôntico, com controles subsequentes até 2 anos.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	**Infeção Persistente ou Recidiva**	Realizar uma nova análise radiográfica e clínica para identificar áreas não tratadas. Reavaliar a técnica de desinfecção e considerar o uso de agentes antimicrobianos mais eficazes.
2	**Canais Radiculares Não Localizados**	Utilizar técnicas adicionais como radiografias de diferentes ângulos, localizadores apicais e técnicas de exploração com limas ultrafinas.
3	**Obstrução de Canais**	Empregar técnicas de remoção de obstruções, como o uso de ultrassom ou limas específicas para tratamento de canais calcificados ou obstruídos.
4	**Fratura de Instrumento**	Remover o fragmento de instrumento com técnicas apropriadas, como o uso de pinças de endodontia ou ultrassom, e ajustar o plano de tratamento conforme necessário.
5	**Insuficiente Remoção de Materiais de Obturação**	Utilizar técnicas de retratamento para remoção eficaz da guta-percha, como o uso de sistemas de aquecimento ou brocas específicas para essa finalidade.
6	**Perda de Isolamento Absoluto**	Reforçar a técnica de isolamento com uma nova colocação do lençol de borracha, garantindo a proteção completa da área de trabalho.

7	**Dano à Estrutura Dentária Adjacente**	Utilizar técnicas de proteção para evitar danos aos dentes adjacentes e ajustar a técnica de preparo para minimizar o impacto na estrutura dental.
8	**Dor Persistente Após Tratamento**	Reavaliar a causa da dor, como possível infecção residual ou problemas na técnica de obturação. Considerar a realização de uma nova abordagem ou tratamento adicional.
9	**Alteração na Forma do Canal**	Adaptar a técnica de instrumentação para lidar com mudanças na forma do canal, utilizando limas de diferentes tamanhos e formas para alcançar uma limpeza adequada.
10	**Problemas na Obturação dos Canais**	Revisar a técnica de obturação, garantindo que o canal esteja totalmente preenchido e ajustando a técnica conforme necessário para obter uma vedação adequada.
11	**Comprometimento do Protocolo de Medicamento**	Revisar o uso de medicações intracanais e garantir que a aplicação esteja conforme as recomendações, ajustando o tratamento farmacológico conforme necessário.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes
anteriores superiores e inferiores (incisivos e caninos) com periodontite apical sintomática infecciosa,
assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical sintomática é uma inflamação no periodonto apical, caracterizada por uma
reação exsudativa aguda. Além do edema, situações traumáticas podem resultar em focos de
hemorragia. A dor é presente e patognomônica, pois a inflamação periapical caracteriza o quadro
sintomático até que o osso sofra reabsorção e possa acomodar o edema. Nos casos de infecção
severa, o resultado final pode ser a formação de um abscesso periapical.

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam
procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais

• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

• K 04.4 – Periondontite apical aguda de origem pulpar
• K 04.5 – Periodontite apical crônica

7. DIAGNÓSTICO

Dor espontânea, pulsátil, contínua e localizada; dor à palpação apical e à percussão; pode apresentar
sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. Dor após após preparo
de dentes com polpa necrosada. O aspecto radiográfico é variável, podendo ser normal, apresentar

alargamento do espaço do ligamento periodontal ou rarefação periapical. O quadro clínico está muito
próximo ao do abscesso periapical sem fístula na fase inicial. O limite entre um e outro muitas vezes
parece impreciso, porém microscopicamnete observa-se no abscesso periapical a presença de
coleção purulenta.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de
uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja
possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
• Dentes com destruição coronária até 3/5
• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em
tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

O tratamento da periodontite apical sintomática infecciosa pode ser estabelecido com base em duas
condições de aparecimento: após intervenção de uma fase prévia assintomática (necrose pulpar ou
periodontite apical assintomática) ou aparecimento sintomático. Em caso de aparecimento sintomático, o paciente procura atendimento de urgência. Deve-se:
1ª Sessão
• Anestesia
• Remoção tecido cariado
• isolamento absoluto

• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

• antissepsia do campo operatório

• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e verificar a possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais) (diagnóstico diferencial do abscesso periapical sem fístula). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm.. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindose abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do
sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no

preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

Em caso em que a Periodontite Apical Sintomática foi desencadeada de um tratamento prévio de uma fase assintomática (necrose pulpar ou periodontite apical assintomática) e o paciente retorna com quadro álgico, deve-se:

-se foi realizado pelo próprio profissional, realiza-se avaliação das condutas realizadas e, na certeza de ter obedecido todos os procedimentos de forma adequada , mantêm-se o dente fechado e prescreve-se analgésico e antibiótico. Caso persista o quadro, abre-se o dente, esvazia-se o canal

radicular e avalia-se a presença ou ausência de exudato e coloca-se novamente medicação intracanal.

-se foi realizado por outro profissional, realiza-se todas as etapas operatórias de uma primeira sessão descrita nesse item para tratamento de dentes com diagnóstico de periodontite apical sintomática.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm

- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm

- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm

- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80

- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen

- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60

- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido

• Seringa hipodérmica 10ml
• Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
• Sugador descartável ponta flexível
• Top Dam (barreira gengival)
• Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente ou Recidiva	Realizar irrigação com soluções antimicrobianas, medicação intracanal, e reavaliar a técnica de obturação.
2	Canais Radiculares Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (como tomografia) e ultrassom para localização precisa.
3	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar a extensão de trabalho com localizadores apicais e radiografias de controle.
4	Obstrução de Canais	Empregar técnicas de retratamento como instrumentação manual e mecânica, uso de solventes e ultrassom para desobstrução.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e irrigação, garantindo que todas as áreas do canal sejam devidamente tratadas.
6	Fratura de Instrumentos	Usar técnicas avançadas para remoção de fragmentos e, se necessário, referenciar a um especialista.
7	Perfuração de Raiz	Realizar reparo imediato com materiais biocompatíveis, como MTA (Agregado Trióxido Mineral).

8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e material de obturação, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical Externa	Monitorar radiograficamente e considerar intervenções cirúrgicas se necessário.
10	Exacerbação da Dor Pós-operatória	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos, e realizar acompanhamento do paciente para monitorar a evolução.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão

Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores com periodontite apical sintomática infecciosa, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical sintomática é uma inflamação é uma inflamação que ocorre no periodonto apical que se caracteriza por reação exudativa aguda. Além do edema, nas situações traumáticas, ocorrem focos de hemorragia. A dor está presente e é patognomônica, pois a inflamação periapical caracteriza o quadro sintomático até que o osso sofra reabsorção e possa acomodar o edema. Nos casos de infecção severa, o resultado final pode ser formação de abscesso periapical. A Periodontite Apical Sintomática pode ser subdividida em dois grupos: Periodontite Apical Sintomática de natureza traumática (em que se presume a ausência de microrganismo) e Periodontite Apical Sintomática de natureza infecciosa (em que se presume a ausência de microrganismo).

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam
procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais
• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

K 04.4 – Periondontite apical aguda de origem pulpar

K 04.5 – Periodontite apical crônica

7. DIAGNÓSTICO

Dor espontânea, pulsátil, contínua e localizada; dor à palpação apical e à percussão; pode apresentar sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. Dor após após preparo de dentes com polpa necrosada. O aspecto radiográfico é variável, podendo ser normal, apresentar

alargamento do espaço do ligamento periodontal ou rarefação periapical. O quadro clínico está muito próximo ao do abscesso periapical sem fístula na fase inicial. O limite entre um e outro muitas vezes parece impreciso, porém microscopicamnete observa-se no abscesso periapical a presença de

coleção purulenta.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de

uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja

possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

• Dentes com destruição coronária até 3/5

• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

O tratamento da periodontite apical sintomática infecciosa pode ser estabelecido com base em duas
condições de aparecimento: após intervenção de uma fase prévia assintomática (necrose pulpar ou periodontite apical assintomática) ou aparecimento sintomático.
Em caso de aparecimento sintomático, o paciente procura atendimento de urgência. Deve-se:

1ª Sessão

• Anestesia
• Remoção tecido cariado
• isolamento absoluto
• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
• antissepsia do campo operatório
• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e verificar a possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais) (diagnóstico diferencial do abscesso periapical sem fístula). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm.. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindose abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero
de Vidro.

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação

intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro Em caso em que a Periodontite Apical Sintomática foi desencadeada de um tratamento prévio de uma fase assintomática (necrose pulpar ou periodontite apical assintomática) e o paciente retorna com quadro álgico, deve-se:

-se foi realizado pelo próprio profissional, realiza-se avaliação das condutas realizadas e, na certeza de ter obedecido todos os procedimentos de forma adequada, mantêm-se o dente fechado e prescreve-se analgésico e antibiótico. Caso persista o quadro, abre-se o dente, esvazia-se o canal radicular e avalia-se a presença ou ausência de exudato e coloca-se novamente medicação intracanal.

-se foi realizado por outro profissional, realiza-se todas as etapas operatórias de uma primeira sessão descrita nesse item para tratamento de dentes com diagnóstico de periodontite apical sintomática

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)

- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4

- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210

- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm

- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical

- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2 MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7

- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.

- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente ou Recidiva	Realizar irrigação com soluções antimicrobianas, medicação intracanal, e reavaliar a técnica de obturação.
2	Canais Radiculares Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (como tomografia) e ultrassom para localização precisa.
3	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar a extensão de trabalho com localizadores apicais e radiografias de controle.
4	Obstrução de Canais	Empregar técnicas de retratamento como instrumentação manual e mecânica, uso de solventes e ultrassom para desobstrução.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e irrigação, garantindo que todas as áreas do canal sejam devidamente tratadas.
6	Fratura de Instrumentos	Usar técnicas avançadas para remoção de fragmentos e, se necessário, referenciar a um especialista.
7	Perfuração de Raiz	Realizar reparo imediato com materiais biocompatíveis, como MTA (Agregado Trióxido Mineral).
8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e material de obturação, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical Externa	Monitorar radiograficamente e considerar intervenções cirúrgicas se necessário.
10	Exacerbação da Dor Pós-operatória	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos, e realizar acompanhamento do paciente para monitorar a evolução.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2
ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica.

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes
multirradiculares superiores e inferiores com periodontite apical sintomática infecciosa, assegurando
um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical sintomática é uma inflamação é uma inflamação que ocorre no periodonto apical que se caracteriza por reação exudativa aguda. Além do edema, nas situações traumáticas, ocorrem focos de hemorragia. A dor está presente e é patognomônica, pois a inflamação periapical caracteriza o quadro sintomático até que o osso sofra reabsorção e possa acomodar o edema. Nos casos de infecção severa, o resultado final pode ser formação de abscesso periapical. A Periodontite Apical Sintomática pode ser subdividida em dois grupos: Periodontite Apical Sintomática de natureza
traumática (em que se presume a ausência de microrganismo) e Periodontite Apical Sintomática de natureza infecciosa (em que se presume a ausência de microrganismo).

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais
• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

• K 04.4 – Periondontite apical aguda de origem pulpar
• K 04.5 – Periodontite apical crônica

7. DIAGNÓSTICO

Dor espontânea, pulsátil, contínua e localizada; dor à palpação apical e à percussão; pode apresentar sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. Dor após após preparo de dentes com polpa necrosada. O aspecto radiográfico é variável, podendo ser normal, apresentar alargamento do espaço do ligamento periodontal ou rarefação periapical. O quadro clínico está muito próximo ao do abscesso periapical sem fístula na fase inicial. O limite entre um e outro muitas vezes parece impreciso, porém microscopicamnete observa-se no abscesso periapical a presença de coleção purulenta.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
• Dentes com destruição coronária até 3/5

• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

O tratamento da periodontite apical sintomática infecciosa pode ser estabelecido com base em duas condições de aparecimento: após intervenção de uma fase prévia assintomática (necrose pulpar ou periodontite apical assintomática) ou aparecimento sintomático.

Em caso de aparecimento sintomático, o paciente procura atendimento de urgência. Deve-se:

1ª Sessão

• Anestesia

• Remoção tecido cariado

• isolamento absoluto

• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

• antissepsia do campo operatório

• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e verificar a possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais) (diagnóstico diferencial do abscesso periapical sem fístula). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm.. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindose abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito
de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

Em caso em que a Periodontite Apical Sintomática foi desencadeada de um tratamento prévio de uma fase assintomática (necrose Pulpar ou periodontite apical assintomática) e o paciente retorna com quadro álgico, deve-se:

- se foi realizado pelo próprio profissional, realiza-se avaliação das condutas realizadas e, na certeza de ter obedecido todos os procedimentos de forma adequada , mantêm-se o dente fechado e prescreve-se analgésico e antibiótico. Caso persista o quadro, abre-se o dente , esvazia-se o canal radicular e avalia-se a presença ou ausência de exudato e coloca-se novamente medicação intracanal.

-se foi realizado por outro profissional, realiza-se todas as etapas operatórias de uma primeira sessão descrita nesse item para tratamento de dentes com diagnóstico de periodontite apical sintomática

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

• Abridor de boca adulto e infantil
• Aparelho para instrumentação rotatória
• Aplicador de Dycal reto
• Babador impermeável
• Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
• Broca carbide p/ alta rotação nº 4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 6
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm

- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)

- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm

- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)

- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45

- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum

- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente ou Recidiva	Realizar irrigação com soluções antimicrobianas, medicaçãointracanal, e reavaliar a técnica de obturação.
2	Canais Radiculares Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (como tomografia) eultrassom para localização precisa.
3	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar a extensão de trabalho com localizadores apicais eradiografias de controle.
4	Obstrução de Canais	Empregar técnicas de retratamento como instrumentação manual e mecânica, uso de solventes e ultrassom para desobstrução.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e irrigação, garantindo que todas asáreas do canal sejam devidamente tratadas.
6	Fratura de Instrumentos	Usar técnicas avançadas para remoção de fragmentos e, senecessário, referenciar a um especialista.

7	Perfuração de Raiz	Realizar reparo imediato com materiais biocompatíveis, como MTA (Agregado Trióxido Mineral).
8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e material de obturação, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical Externa	Monitorar radiograficamente e considerar intervenções cirúrgicas se necessário.
10	Exacerbação da Dor Pós-operatória	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos, e realizar acompanhamento do paciente para monitorar a evolução.
11	Dificuldade na Instrumentação de Canais Curvos	Utilizar instrumentos flexíveis e técnicas de instrumentação adequadas para canais curvos, além de realizar controle radiográfico frequente.
12	Sobrecarga de Trabalho em Múltiplos Canais	Planejar sessões de tratamento adequadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e eficácia.
13	Comunicação Oroantral (em dentes superiores)	Evitar excessiva pressão durante o tratamento e estar atento aos sinais de comunicação; se ocorrer, realizar reparo imediato e acompanhamento.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025

	Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes anteriores superiores e inferiores (incisivos e caninos) com periodontite apical assintomática, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória crônica, de longa duração. Essa alteração muitas vezes é denominada clinicamente, de forma equivocada, como granuloma ou cisto periapical. O meio seguro para diferenciar o granuloma ou cisto periapical é por meio de exame histopatológico.

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais
• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Periodontite apical assintomática: K04.5

7. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória periapical sem sintomatologia e cavidade aberta ou fechada, associada ou não a cárie dentária e teste de vitalidade negativo. O aspecto radiográfico varia de um pequeno alargamento do espaço da membrana periodontal à reabsorção da lâmina dura e do osso periapical. Mesmo quando houver tratamento endodôntico, ausência de sintomatologia e presença de rarefação periapical, o diagnóstico sugestivo é periodontite apical assintomática.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com periodontite apical assintomática desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

• Dentes com destruição coronária até 3/5

• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

1ª Sessão

• Anestesia

• Remoção tecido cariado

• isolamento absoluto

• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

• antissepsia do campo operatório

• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos devese utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da

odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindose abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

• Abridor de boca adulto e infantil
• Aparelho para instrumentação rotatória
• Aplicador de Dycal reto
• Babador impermeável
• Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
• Broca carbide p/ alta rotação nº 4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 6
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais

- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A

- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm

- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical

- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração

• Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
• Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
• Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
• Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
• Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
• Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
• Cimento obturador AH Plus
• Cone de guta percha acessórios - R7
• Cone de guta percha acessórios - R8
• Cone de guta percha principal nº 25
• Cone de guta percha principal nº 30
• Cone de guta percha principal nº 35
• Cone de guta percha principal nº 40
• Cone de guta percha principal nº 45
• Cone de guta percha principal nº 50
• Cone de guta percha principal nº 55
• Cone de guta percha principal nº 60
• Cone de guta percha principal nº 70
• Cone de guta percha principal nº 80
• Cone de papel absorvente nº 25
• Cone de papel absorvente nº 30
• Cone de papel absorvente nº 35
• Cone de papel absorvente nº 40
• Cone de papel absorvente nº 45
• Cone de papel absorvente nº 50
• Cone de papel absorvente nº 55
• Cone de papel absorvente nº 60
• Cone de papel absorvente nº 70
• Cone de papel absorvente nº 80

- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação

- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente	Realizar uma limpeza e irrigação mais rigorosas dos canais radiculares, além de medicação intracanal adequada.
2	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar o comprimento de trabalho com localizadores apicais eletrônicos e radiografias de controle.
3	Canais Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (tomografia, radiografias digitais) e instrumentos de ultrassom para melhor visualização e localização dos canais.
4	Obstrução de Canais	Utilizar técnicas de desobstrução como instrumentação rotatória e manual, irrigação ultrassônica e solventes específicos.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e a irrigação, garantindo que todas as áreas do canal sejam completamente limpas.
6	Fratura de Instrumentos	Empregar técnicas avançadas para remoção de fragmentos, como uso de microendoscópios e instrumentos de ultrassom.
7	Perfuração de Raiz	Realizar o reparo imediato com materiais biocompatíveis como MTA (Agregado Trióxido Mineral) e acompanhar radiograficamente.
8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e o material de obturação utilizado, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical	Monitorar radiograficamente e, se necessário, considerar tratamentos cirúrgicos adicionais.

10	Dor Pós-operatória Exacerbada	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos apropriados, além de realizar acompanhamento contínuo do paciente.
11	Dificuldade na Instrumentação de Canais Curvos	Utilizar instrumentos flexíveis e técnicas de instrumentação adequadas para canais curvos, além de controle radiográfico frequente.
12	Sobrecarga de Trabalho em Único Canal	Planejar sessões de tratamento apropriadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e a eficácia.
13	Falha na Seleção de Materiais Adequados	Revisar e selecionar materiais adequados baseados nas condições clínicas do dente e nas evidências científicas.
14	Sobrecarga de Trabalho em Único Canal	Planejar sessões de tratamento apropriadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e a eficácia.
15	Falha na Seleção de Materiais Adequados	Revisar e selecionar materiais adequados baseados nas condições clínicas do dente e nas evidências científicas.
16	Sobrecarga de Trabalho em Único Canal	Planejar sessões de tratamento apropriadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e a eficácia.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares com periodontite apical assintomática, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória crônica, de longa duração. Essa alteração muitas vezes é denominada clinicamente, de forma equivocada, como granuloma ou cisto periapical. O meio seguro para diferenciar o granuloma ou cisto periapical é por meio de exame histopatológico.

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais
• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Periodontite apical assintomática: K04.5

7. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória periapical sem sintomatologia e cavidade aberta ou fechada, associada ou não a cárie dentária e teste de vitalidade negativo. O aspecto radiográfico varia de um pequeno alargamento do espaço da membrana periodontal à reabsorção da lâmina dura e do osso periapical. Mesmo quando houver tratamento endodôntico, ausência de sintomatologia e presença de rarefação periapical, o diagnóstico sugestivo é periodontite apical assintomática.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com periodontite apical assintomática desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

• Dentes com destruição coronária até 3/5

• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

1ª Sessão

• Anestesia

• Remoção tecido cariado

• isolamento absoluto

• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

• antissepsia do campo operatório

• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação

intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

• Abridor de boca adulto e infantil
• Aparelho para instrumentação rotatória
• Aplicador de Dycal reto
• Babador impermeável
• Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
• Broca carbide p/ alta rotação nº 4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 6
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50

- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00

- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm

- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica

- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq

- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m

- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal.
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente	Realizar uma limpeza e irrigação mais rigorosas dos canais radiculares, além de medicação intracanal adequada.
2	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar o comprimento de trabalho com localizadores apicaiseletrônicos e radiografias de controle.
3	Canais Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (tomografia, radiografias digitais) e instrumentos de ultrassom para melhor visualização e localização dos canais.

4	Obstrução de Canais	Utilizar técnicas de desobstrução como instrumentação rotatória e manual, irrigação ultrassônica e solventes específicos.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e a irrigação, garantindo que todas as áreas do canal sejam completamente limpas.
6	Fratura de Instrumentos	Empregar técnicas avançadas para remoção de fragmentos, como uso de microendoscópios e instrumentos de ultrassom.
7	Perfuração de Raiz	Realizar o reparo imediato com materiais biocompatíveis como MTA (Agregado Trióxido Mineral) e acompanhar radiograficamente.
8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e o material de obturação utilizado, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical	Monitorar radiograficamente e, se necessário, considerar tratamentos cirúrgicos adicionais.
10	Dor Pós-operatória Exacerbada	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos apropriados, além de realizar acompanhamento contínuo do paciente.
11	Dificuldade na Instrumentação de Canais Curvos	Utilizar instrumentos flexíveis e técnicas de instrumentação adequadas para canais curvos, além de controle radiográfico frequente.
12	Formação de Biofilme Bacteriano	Utilizar agentes antimicrobianos eficazes e garantir uma irrigação e medicação intracanal adequadas.
13	Sobrecarga de Trabalho em Múltiplos Canais	Planejar sessões de tratamento apropriadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e a eficácia.
14	Falha na Seleção de Materiais Adequados	Revisar e selecionar materiais adequados baseados nas condições clínicas do dente e nas evidências científicas.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares com periodontite apical assintomática, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

A periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória crônica, de longa duração. Essa alteração muitas vezes é denominada clinicamente, de forma equivocada, como granuloma ou cisto periapical. O meio seguro para diferenciar o granuloma ou cisto periapical é por meio de exame histopatológico.

3. SIGLAS

• ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
• TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

• Dentistas Gerais
• Endodontistas
• Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
• Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Periodontite apical assintomática: K04.5

7. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da periodontite apical assintomática caracteriza-se por alteração inflamatória periapical sem sintomatologia e cavidade aberta ou fechada, associada ou não a cárie dentária e teste de vitalidade negativo. O aspecto radiográfico varia de um pequeno alargamento do espaço da membrana periodontal à reabsorção da lâmina dura e do osso periapical. Mesmo quando houver tratamento endodôntico, ausência de sintomatologia e presença de rarefação periapical, o diagnóstico sugestivo é periodontite apical assintomática.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

• Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

• Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com periodontite apical assintomática desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

• Dentes com destruição coronária até 3/5

• Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

• Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

• Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

• Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

• Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

• Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

• Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

• Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

1ª Sessão

• Anestesia

• Remoção tecido cariado

• isolamento absoluto

• abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

• antissepsia do campo operatório

• abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

• localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

• exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

• Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigaçãoaspiração com hipoclorito

• Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

• Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindose abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

• Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

• Aplicar medicação intracanal

• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

• Anestesia

• Isolamento absoluto

• Remover selamento coronário

• Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

• Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal

por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

• Realizar radiografia de prova do cone

• Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

• Manipular cimento obturador

• Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação
intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
• Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero
de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

• Abridor de boca adulto e infantil
• Aparelho para instrumentação rotatória
• Aplicador de Dycal reto
• Babador impermeável
• Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
• Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
• Broca carbide p/ alta rotação nº 4
• Broca carbide p/ alta rotação nº 6
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
• Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
• Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
• Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação

- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A

- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm

- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias

- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio

- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70

- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml

• Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
• Sugador descartável ponta flexível
• Top Dam (barreira gengival)
• Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção Persistente	Realizar uma limpeza e irrigação mais rigorosas dos canais radiculares, além de medicação intracanal adequada.
2	Determinação Incorreta do Comprimento de Trabalho	Confirmar o comprimento de trabalho com localizadores apicais eletrônicos e radiografias de controle.
3	Canais Não Localizados	Utilizar técnicas de imagem avançadas (tomografia, radiografias digitais) e instrumentos de ultrassom para melhor visualização e localização dos canais.

4	Obstrução de Canais	Utilizar técnicas de desobstrução como instrumentação rotatória e manual, irrigação ultrassônica e solventes específicos.
5	Remoção Incompleta de Tecidos Necróticos	Repetir a instrumentação e a irrigação, garantindo que todas as áreas do canal sejam completamente limpas.
6	Fratura de Instrumentos	Empregar técnicas avançadas para remoção de fragmentos, como uso de microendoscópios e instrumentos de ultrassom.
7	Perfuração de Raiz	Realizar o reparo imediato com materiais biocompatíveis como MTA (Agregado Trióxido Mineral) e acompanhar radiograficamente.
8	Falha na Obturação do Canal Radicular	Reavaliar a técnica e o material de obturação utilizado, considerando técnicas alternativas como obturação termoplástica.
9	Reabsorção Apical	Monitorar radiograficamente e, se necessário, considerar tratamentos cirúrgicos adicionais.
10	Dor Pós-operatória Exacerbada	Prescrever anti-inflamatórios e analgésicos apropriados, além de realizar acompanhamento contínuo do paciente.
11	Dificuldade na Instrumentação de Canais Curvos	Utilizar instrumentos flexíveis e técnicas de instrumentação adequadas para canais curvos, além de controle radiográfico frequente.
12	Formação de Biofilme Bacteriano	Utilizar agentes antimicrobianos eficazes e garantir uma irrigação e medicação intracanal adequadas.
13	Sobrecarga de Trabalho em Múltiplos Canais	Planejar sessões de tratamento apropriadas, dividindo o tratamento em etapas para garantir a precisão e a eficácia.
14	Falha na Seleção de Materiais Adequados	Revisar e selecionar materiais adequados baseados nas condições clínicas do dente e nas evidências científicas.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p. ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes com pulpalgia hiper-reativa, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

O diagnóstico da dor pulpar deve ser baseado em evidências clínicas, sinais e sintomas, tais como características biofísicas do dente, sintomatologia apresentada e exame da vitalidade pulpar. A pulpalgia hiper-reativa possui como característica clínica da dor pulpar o aparecimento provocado, apresentando respostas condizentes com hipersensibilidade dentinária ou alterações pulpares potencialmente reversíveis (hiperemia).

3. SIGLAS

- ASB: Auxiliares de Saúde Bucal
- TSB: Técnicos de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)
-

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Pulpalgia hiperrreativa ou hipersensibilidade dentinária:

7. DIAGNÓSTICO

Apresenta dor provocada, resposta positiva ao teste de vitalidade pulpar, cavidade fechada (hiperemia/hipersensibilidade). Características que favorecem uma hipótese clínica de alteração pulpar reversível.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com pulpalgia hiper-reativa quando houver indicação protética, desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento (casos de fratura).

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- -Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

Caso o diagnóstico sugira dor pulpar e conclua-se que trata-se de um caso de pulpalgia hiper-reativa, algumas situações devem ser consideradas:

1. Quando é possível a restauração direta:

- Anestesiar o paciente.

- Remover o tecido cariado (se presente, exceto em casos de traumatismos coronários).
- Limpeza da cavidade.
- Realizar proteção pulpar indireta com cimento de hidróxido de cálcio (Dycal ou Hydro C), seguida de forramento com cimento de ionômero de vidro, e encaminhar para a Unidade Básica de Saúde.
- Ou realizar proteção pulpar direta (quando a exposição estiver livre de tecido cariado), aplicando pasta de hidróxido de cálcio com soro fisiológico na região exposta, seguida de aplicação de cimento de hidróxido de cálcio (Dycal ou Hydro C), forramento com cimento de ionômero de vidro, e encaminhar para a Unidade Básica de Saúde.

2. Diante da impossibilidade de restauração direta, ou seja, indicação protética, o tratamento endodôntico será realizado:

- Técnica da biopulpectomia (endodontia em polpa vital):

- Anestesia.
- Remoção do tecido cariado.
- Isolamento absoluto.
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/1015, conforme o tamanho do dente, sendo triangular com base voltada para incisal em incisivos e oval em caninos. O desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- Antissepsia do campo operatório.
- Irrigação abundante da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 1% para remoção da polpa coronária.
- Localização das entradas dos canais radiculares com explorador reto.
- Exploração dos canais radiculares com limas de pequeno calibre compatíveis com a amplitude dos canais, seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos, utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguidas de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar o terço cervical e médio com alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular, seguido de abundante irrigação-aspiração.
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para realizar a odontometria radiográfica ou eletrônica.

- Preparo do terço apical utilizando três instrumentos acima do instrumento anatômico, com abundante irrigação-aspiração a cada troca de instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório).
- Selecionar o cone principal, de acordo com o último instrumento utilizado no preparo apical, e os demais cones acessórios, desinfetando-os em hipoclorito de sódio a 1%.
- Secar os canais com cones de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17%, mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom, seguido de irrigação com hipoclorito de sódio a 1%.
- Realizar radiografia de prova do cone.
- Secar os canais com cones de papel absorvente.
- Manipular o cimento obturador.
- Obturar os canais radiculares pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, hemorragia intra-canal ou dor à percussão vertical, pode-se empregar medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na segunda sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento de Ionômero de Vidro.

11. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

11.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02

- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm

- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm

- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

11.2. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g

- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35

- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono

- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação clínica e radiográfica minuciosa, utilizando testes de vitalidade pulpar e histórico do paciente para confirmar o diagnóstico.
2	Anestesia Ineficaz	Utilizar técnicas de anestesia suplementar, como bloqueio do nervo, anestesia intraóssea ou intra-ligamentar, e considerar o uso de anestésicos de maior potência.
3	Instrumentação Dolorosa	Empregar técnicas de instrumentação cuidadosas e garantir anestesia adequada antes de iniciar o tratamento.
4	Insuficiente Remoção de Tecido Pulpar Inflamado	Aumentar a profundidade e abrangência da instrumentação e irrigação para garantir a completa remoção do tecido pulpar inflamado.
5	Falha na Irrigação	Utilizar irrigantes eficazes como hipoclorito de sódio e EDTA, garantindo a penetração adequada em todos os canais radiculares.

6	Obstrução do Canal Radicular	Adotar técnicas de desobstrução como instrumentação rotatória e irrigação ultrassônica, e considerar o uso de solventes específicos.
7	Contaminação do Canal Radicular	Manter um campo operatório estéril com o uso de barreiras de isolamento (dique de borracha) e técnicas assépticas durante todo o procedimento.
8	Controle Inadequado da Dor Pós-operatória	Prescrever analgésicos e anti-inflamatórios adequados, além de orientar o paciente sobre possíveis sintomas pós-operatórios e cuidados necessários.
9	Reação Adversa a Medicamentos Intracanais	Monitorar o paciente para qualquer sinal de reação adversa e ajustar a medicação intracanal conforme necessário, utilizando alternativas biocompatíveis.
10	Falha na Obturação do Canal Radicular	Avaliar a técnica de obturação e utilizar materiais de obturação de alta qualidade para garantir um selamento hermético.
11	Exacerbação dos Sintomas Durante o Tratamento	Realizar o tratamento em múltiplas sessões, se necessário, para permitir alívio dos sintomas entre as etapas do tratamento.
12	Sobrecarga de Instrumentos	Utilizar instrumentos de alta flexibilidade e resistência, substituindo-os conforme necessário para evitar fraturas e desgaste excessivo.
13	Falta de Acompanhamento Adequado	Agendar consultas de acompanhamento para monitorar a evolução do tratamento e ajustar o plano terapêutico conforme necessário.
14	Dificuldade na Acessibilidade do Canal	Utilizar técnicas e instrumentos especializados para melhorar a acessibilidade, especialmente em dentes com canais curvos ou complexos.

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

16. ANEXOS

Não se aplica

17. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Tratamento Endodôntico Em Dentes Anteriores Superiores E Inferiores Com Abscesso Periapical Sem Fístula	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Criar condições, padronizar, definir e estabelecer regras e recomendações que devem ser aplicadas pelos profissionais, para a execução de ações educativas preventivas e curativas dos pacientes atendidos

2. DEFINIÇÕES

Estabelecer os Procedimentos Operacionais Padrão a serem adotados pelos especialistas em Cirurgia Oral Menor, conforme exigido pela legislação vigente em relação a segurança do paciente, servindo como modelo para a orientação dos profissionais lotados nesta Unidade, assegurando a coerência e uniformidade de ações e realizando a implementação das normas estabelecidas.

3. SIGLAS

- ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB - Técnico de Saúde Bucal
- R - Radiografia
- CT - Tomografia Computadorizada
- RM - Ressonância Magnética
- US - Ultrassonografia
- HB - Hemograma
- TS - Tempo de Sangramento
- TP - Tempo de Protrombina
- TTPA - Tempo de Tromboplastina Ativada
- CTX - C-terminal de Telopeptídeo
- Cr - Creatinina
- PHA - Provas de Função Hepática
- ME - Metabolismo Ósseo
- S - Sutura
- EPI - Equipamento de Proteção Individual
- P - Profilaxia

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos cirúrgicos Bucomaxilofacial.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Cirurgião Bucomaxilofacial
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. ATIVIDADES / CONDUTAS

Consulta Especializada: Realizada por um profissional com formação específica, visa avaliar, diagnosticar e planejar tratamentos para condições bucais complexas ou que necessitem de uma abordagem mais aprofundada.

Consulta de Prevenção de Câncer Bucal: Exame clínico detalhado da cavidade bucal para identificar lesões ou sinais precoces de câncer bucal. Inclui orientação sobre fatores de risco e prevenção.

Exodontia de Dente Decíduo: Remoção de um dente de leite. O procedimento inclui anestesia local, deslocamento do dente e extração cuidadosa, seguido de orientações pós-operatórias.

Exodontia de Dente Permanente: Extração de um dente adulto. O procedimento envolve anestesia local, remoção do dente e controle de sangramento, seguido de cuidados pós-operatórios.

Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante: Remoção de vários dentes em uma mesma região (sextante) seguida de modelagem do osso alveolar para facilitar a cicatrização e posterior reabilitação protética.

Remoção de Dente Retido (Incluso / Impactado): Extração de um dente que não erupcionou corretamente. Pode envolver incisões na gengiva e remoção de osso ao redor do dente retido.

Tratamento Cirúrgico de Dente Incluso em Paciente com Anomalia Craniofacial: Remoção de dente incluso em pacientes com deformidades craniofaciais, demandando uma abordagem cirúrgica especializada.

Biópsia dos Tecidos Moles da Boca: Remoção de uma pequena amostra de tecido mole para análise laboratorial, visando o diagnóstico de doenças ou condições anormais na cavidade bucal.

Biópsia de Glândula Salivar: Remoção de tecido de uma glândula salivar para análise histopatológica, com o objetivo de diagnosticar condições como infecções, tumores ou doenças autoimunes.

Biópsia de Osso do Crânio e da Face: Coleta de uma amostra de osso para análise laboratorial, utilizada no diagnóstico de doenças ósseas ou lesões na região craniofacial.

Excisão e Sutura de Lesão na Boca: Remoção de uma lesão bucal seguida de sutura para promover a cicatrização adequada e prevenir complicações.

Excisão em Cunha do Lábio: Remoção de uma porção em forma de cunha do lábio, geralmente realizada para tratar lesões ou deformidades, seguida de sutura para reconstrução.

Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar: Remoção de uma rânula (cisto salivar) ou outras lesões de retenção salivar, seguida de sutura para fechamento do local cirúrgico.

Marsupialização de Cistos e Pseudocistos: Procedimento para criar uma abertura permanente em um cisto, permitindo a drenagem contínua e prevenindo o acúmulo de fluidos.

Exérese de Cisto Odontogênico e Não Odontogênico: Remoção completa de cistos associados aos dentes (odontogênicos) ou de outras origens (não odontogênicos) na cavidade bucal.

Curetagem Periapical: Remoção do tecido inflamado ou infectado ao redor do ápice de um dente, geralmente após tratamento endodôntico, para promover a cura da infecção.

Apicectomia com ou sem Obturação Retrógrada: Cirurgia para remover o ápice de uma raiz dentária, com ou sem obturação do canal radicular pelo ápice, utilizada para tratar infecções persistentes.

Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar: Modelagem do osso alveolar para eliminar irregularidades, facilitando a adaptação de próteses dentárias e melhorando a estética e função bucal.

Correção de Tuberosidade do Maxilar: Redução ou remodelação da tuberosidade maxilar para facilitar a adaptação de próteses dentárias e melhorar a função mastigatória.

Remoção de Torus e Exostoses: Remoção de crescimentos ósseos excessivos (torus e exostoses) na cavidade bucal, geralmente para facilitar a colocação de próteses ou melhorar o conforto do paciente.

Frenectomia: Remoção cirúrgica do freio labial ou lingual para corrigir limitações de movimento ou outros problemas funcionais e estéticos.

Correção de Bridas Musculares: Remoção ou reposicionamento de bridas musculares que estão causando limitações de movimento ou interferindo na função bucal normal.

Aprofundamento de Vestíbulo Oral (por Sextante): Procedimento para aumentar a profundidade do vestíbulo oral em uma região específica (sextante), facilitando a adaptação de próteses dentárias.

Ulotomia / Ulectomia: Remoção de tecido gengival excessivo (ulotomia) ou de uma úvula aumentada (ulectomia), geralmente para melhorar a saúde bucal ou função respiratória.

Tratamento Cirúrgico para Tracionamento Dental

Cirurgia para expor e tracionar dentes inclusos ou impactados, auxiliando na movimentação ortodôntica para posicioná-los corretamente na arcada dentária.

Tratamento de Nevralgias Faciais: Tratamento cirúrgico ou não cirúrgico de nevralgias faciais, como a nevralgia do trigêmeo, visando alívio da dor e melhora da qualidade de vida.

Tratamento Cirúrgico de Hemorragia Buco Dental: Controle cirúrgico de hemorragias na cavidade bucal, utilizando técnicas de sutura, cauterização ou outras abordagens hemostáticas.

Tratamento de Alveolite: Tratamento de uma inflamação no alvéolo dentário (alveolite), geralmente com limpeza, medicação local e orientações de cuidado pós-operatório.

Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos: Incisão e drenagem de abscessos na cavidade bucal e estruturas adjacentes para remover pus e aliviar a infecção.

Correção Cirúrgica de Fístula Oronasal / Oro Sinusal: Fechamento cirúrgico de comunicações anormais entre a cavidade bucal e as cavidades nasal ou sinusal, prevenindo infecções e melhorando a função.

Tratamento Cirúrgico de Fístula Intra / Extraoral: Cirurgia para tratar fístulas que se abrem na cavidade bucal ou externamente na face, visando a remoção da comunicação anormal e promoção da cicatrização.

Retirada de Material de Síntese Óssea / Dentária: Remoção de dispositivos de fixação óssea ou dentária, como placas e parafusos, após a consolidação adequada da estrutura óssea.

Contenção de Dentes por Splintagem: Imobilização de dentes soltos ou fraturados utilizando materiais de contenção (splintagem), promovendo a estabilidade e cicatrização.

Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária: Realinhamento cirúrgico de fraturas nos alvéolos dentários, utilizando técnicas abertas (cruenta) para fixação e estabilização dos fragmentos ósseos.

Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária: Realinhamento de fraturas nos alvéolos dentários utilizando técnicas fechadas (incruenta), sem incisões cirúrgicas abertas.

Redução Incruenta de Luxação Têmporo Mandibular: Reposicionamento não cirúrgico da articulação têmporo-mandibular deslocada, visando restaurar a função normal da mandíbula.

Aparelho para Bloqueio Maxilo-Mandibular: Instalação de um dispositivo para imobilizar a mandíbula, geralmente utilizado em tratamentos de fraturas ou deslocamentos da articulação têmporo-mandibular.

Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado: Cirurgia para reparar e reconstruir o lábio após trauma, visando restaurar a aparência e função normais.

Glossorrafia: Sutura da língua, geralmente após lesões ou cirurgias, para promover a cicatrização adequada e restaurar a função normal.

Reimplante e Transplante Dental (por Elemento): Reposicionamento de dentes avulsos (reimplante) ou movimentação de dentes de um local para outro (transplante), visando preservar a função e estética dental.

Enxerto Ósseo de Área Doadora Intra Bucal: Remoção de osso de uma área da cavidade bucal para enxertar em outra região que necessita de aumento de volume ou reparo ósseo.

Remoção de Corpo Estranho da Região Buco Maxilofacial: Extração de objetos estranhos presentes na cavidade bucal ou estruturas adjacentes, utilizando técnicas cirúrgicas apropriadas.

Exérese de Tumor Benigno da Região Buco Maxilofacial: Remoção cirúrgica de tumores benignos localizados na cavidade bucal ou estruturas maxilofaciais, com o objetivo de prevenir complicações e promover a saúde bucal.

Consulta para Avaliação de Exame Pré-Operatório e Histopatológico: Avaliação detalhada dos resultados de exames pré-operatórios e análises histopatológicas para planejar tratamentos e intervenções cirúrgicas adequadas.

Consulta para Acompanhamento Cirúrgico e Tratamento Farmacológico: Consulta de seguimento pós-cirúrgico para avaliar a recuperação do paciente e ajustar tratamentos farmacológicos conforme necessário.

Remoção de Sutura: Retirada de pontos de sutura após a cicatrização adequada da área operada, garantindo a recuperação completa e prevenindo complicações.

1. PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Realizar as seguintes etapas do exame:

- Anamnese

- Queixa principal
- História da doença atual
- História médica
- História familiar
- Revisão dos sistemas

1.1. EXAMES DE IMAGEM

- Radiografia panorâmica

- Exodontias múltiplas
- Alveoloplastia
- Dentes inclusos
- ATM
- Patologias ósseo dentárias

- Tomografia Computadorizada

- Localização de dentes inclusos * Patologias de cabeça e pescoço
- Reabilitação buco-maxilo-facial

- Ressonância Magnética

- Disfunções temporomandibulares
- Patologias do complexo maxilo-mandibular

- Ultrassonografia

- Glândulas salivares

1.2. EXAMES HEMATOLÓGICOS

- Hemograma
- Coagulograma (TS, TP e TTPA)

- Glicemia em jejum
- CTX
- Creatinina
- Provas de função hepática
- Avaliação de metabolismo ósseo

1.3. EXAMES HISTOPATOLÓGICO

Para os pacientes que forem submetidos a biópsia será realizado registro em livro separado, constando: Nome, sexo, idade, telefone, procedência, data da biópsia e diagnóstico histopatológico. Caso o paciente não retorne para recebimento do resultado, o mesmo deverá ser contatado pelo Serviço Social e este dado também deverá ser registrado neste livro. O paciente será agendado para o retorno de preservação.

1.4. EXAMES HISTOPATOLÓGICO

Poderão ser solicitados outros exames (Ex.: Exames para avaliação da tireóde; Testes sorológicos para HIV, hepatite, sífilis, etc.), se o cirurgião dentista achar necessário, mediante anamnese realizada,

1.5. MEDICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- Fazer a prescrição medicamentosa necessária, direcionada pelos exames clínico e complementares (Protocolo de Farmacologia).
- Medicação para prevenção de dor pós-operatória como rotina (Protocolo de Farmacologia).

1.6. PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA

Para garantir a segurança e a eficácia durante a cirurgia oral menor bucomaxilofacial, é essencial seguir rigorosamente os protocolos de preparo da equipe cirúrgica. Este preparo inclui os seguintes passos.

Lavar as Mãos de Acordo com o Protocolo para Procedimento Cirúrgico:

- Realizar a lavagem das mãos utilizando técnica adequada para procedimentos cirúrgicos.
- Utilizar sabão antisséptico e água corrente, esfregando todas as superfícies das mãos e antebraços por pelo menos 3-5 minutos.
- Enxaguar abundantemente e secar com toalhas estéreis ou secador de mãos adequado.

Colocar o Capote e Luvas Cirúrgicas:

- Vestir o capote cirúrgico estéril, garantindo que ele cubra completamente o corpo e os braços.
- Colocar as luvas cirúrgicas estéreis, assegurando que não haja contato com superfícies não estéreis durante a colocação.

Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) Completo:

- Antes da paramentação, o profissional deve estar com o EPI completo, incluindo máscara, gorro, óculos de proteção ou face shield, e avental impermeável, para garantir a máxima proteção contra contaminações.

1.7. PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA

- Remover as próteses dentárias
- Fazer antissepsia intrabucal (bochecho com clorexidina 0,12% por um minuto).
- Fazer antissepsia extrabucal com clorexidina a 2% ou 4%.
- Colocar os campos cirúrgicos

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

EXODONTIA PELA TÉCNICA FECHADA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltrativa terminal do dente e estruturas anexas
- Descolar os tecidos moles aderidos ao dente
- Luxar o dente com alavanca dentária
- Remover o dente com fórceps ou alavanca
- Fazer alveoloplastia (se necessário), irrigação do alvéolo e sutura

EXODONTIA PELA TÉCNICA ABERTA / EXODONTIAS MÚLTIPLAS / REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltrativa terminal do dente e estruturas anexas
- Incisar os tecidos com extensão proximal de forma a permitir o acesso e a exposição do sítio cirúrgico
- Descolar o retalho muco periósteo
- Remover o osso de recobrimento (se necessário)
- Seccionar o dente (se necessário)
- Remover o dente com extrator
- Fazer alveoloplastia, irrigação do alvéolo e sutura

* Nos casos de exodontia múltipla após a descolamento do retalho faz-se a luxação e remoção sequencial dos dentes indicados para exodontia

BIÓPSIA DE TECIDO MOLE

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltração periférica a pelo menos 1 cm do perímetro da lesão
- Estabilizar o tecido
- Incisar e remover o espécime
- Incisional - Incisão elíptica para remoção de uma cunha de tecido lesional e tecido normal

- Excisional - Remoção total da lesão, incluindo um perímetro de 2 a 3 mm de tecido normal ao seu redor
- Fazer hemostasia e sutura

BIÓPSIA ÓSSEA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva
- Incisar e descolar o retalho muco periósteo de acordo com o tamanho e a localização da lesão
- Remover a cortical óssea sobre a lesão
- Remover a lesão total ou parcialmente
- Realizar irrigação da loja óssea, hemostasia e sutura

* A peça cirúrgica será colocada em frasco de vidro ou plástico que possa ser tampado (etiquetado e identificado com os dados do paciente e nome do cirurgião), contendo formal a 10%, equivalente a pelo menos 20 vezes o volume do espécime.

* Preenchimento do formulário para realização de exame histopatológico. Deverá conter: Dados demográficos sobre o paciente; nome e informação de contato sobre o cirurgião que está submetendo a amostra; história clínica, familiar e social; descrição clínica da lesão e hipóteses de diagnóstico clínico diferencial.

MARSUPIALIZAÇÃO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva
- Incisar com traço circular ou elíptico em direção a cavidade cística (se o osso sobrejacente for espesso, uma janela óssea deve ser removida com brocas e pinça goiva)
- Inspecionar a cavidade através da abertura
- Suturar a mucosa bucal e a parede cística em conjunto na região periférica da abertura * Material retirado deverá ser enviado para exame histopatológico

EXÉRESE DE CISTO E TUMOR ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva (se necessário)
- Incisar e descolar o retalho muco periósteo de acordo com o tamanho e a localização da lesão
- Remover a lesão através de enucleação e/ou curetagem (Material removido deverá ser enviado para exame histopatológico)
- Realizar apicectomia e obturação retrógrada dos dentes envolvidos (se a lesão estiver relacionada ao ápice de algum elemento dental que foi submetido a tratamento endodôntico

REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES, CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO

ALVEOLAR E TUBEROSIDADE MAXILAR

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Incisar e descolar o muco periósteo para exposição do osso que deverá ser removido - Remover e realizar plastia óssea através do uso de brocas, alveolectomia, cinzel e lima para osso
- Realizar irrigação e sutura

FRENECTOMIA LABIAL E LINGUAL / CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES

- Anestesiar pela técnica infiltrativa terminal e/ou infiltrativa por bloqueio
- Excisar o freio ou brida prévio
- Divulsionar os tecidos
- Suturar

ULOTOMIA / ULECTOMIA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa terminal
- Incisar sobre a oclusal / incisal do dente com extensão suficiente para sua exposição
- Descolar e remover o tecido incisado

APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Incisar a mucosa labial
- Dissecar o retalho mucoso labial e supraperiosteal na parte vestibular do osso
- Suturar retalho da mucosa labial no fundo de vestíbulo

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL / ORO SINUSAL

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio buscando perda da sensibilidade dolorosa na região da comunicação e da área doadora
- Excisar a mucosa em volta da abertura oro antral
- Incisar e descolar o retalho de espessura total na área doadora
- Rodar o retalho sem tensão para cobertura do defeito ósseo
- Suturar

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Incisar com amplitude suficiente para expor o dente que será tracionado
- Descolar o muco periósteo
- Realizar ostectomia sobre a coroa do dente
- Colar botão ortodôntico
- Suturar

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa local e/ou infiltrativa por bloqueio
- Realizar antissepsia da superfície da mucosa / pele onde será realizado a incisão
- Coletar material para o teste de cultura e sensibilidade e/ou antibiograma quando indicado
- Incisar sobre o abscesso no local de maior flutuação
- Inserir as pontas da pinça hemostática na incisão e abrir de forma que entrem em todas floculações de pus
- Inserir o dreno na profundidade do abscesso com a pinça hemostática
- Suturar o dreno no local

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIAS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Inspecionar a área sangrante (remover a sutura se necessário)
- Obter hemostasia através dos seguintes métodos: compressão, pinçagem do vaso, coagulação térmica, ligadura, uso de substâncias vasoconstritoras, esponja de gelatina, celulose oxidada e colágeno
- Suturar após obter hemostasia

TRATAMENTO DE ALVEOLITE

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar irrigação e aspiração do alvéolo
- Colocar curativo medicamentoso (deverá ser trocado diariamente pelos próximos 3 a 6 dias até a dor ser controlada, quando não é mais necessário). Deve-se curetar e irrigar o alvéolo com solução fisiológica ou empregar o alveolex.
- O controle da dor pode ser realizado com medicação sistêmica em substituição a medicação local (Protocolo farmacológico)

TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio o nervo acometido pela nevralgia
- Incisar com amplitude suficiente para obter acesso ao nervo
- Descolar o muco periósteo e/ou dissecar o tronco neural
- Incisar o nervo promovendo uma solução de continuidade
- Suturar
- O tratamento cirúrgico das nevralgias faciais será realizado quando o tratamento farmacológico for ineficiente.

REDUÇÃO CRUENTA / INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio os dentes e o tecido mole vestibular,

palatino/lingual

- Fazer a redução da fratura colocando os dentes em alinhamento e oclusão (Se a redução for cruentar o retalho para exposição da região da fratura será realizado, bem como a fixação dos fragmentos, se necessário).

Fazer contenção dentária

3. DOCUMENTOS DE APOIO

- Morder firmemente a gaze que foi colocada sobre a ferida cirúrgica por, no mínimo 30 minutos
- Ligeiro sangramento por mais de 24 horas pode ocorrer. Se o sangramento for de maior proporção deverá reaplicar a gaze diretamente sobre o local e manter a compressão por cerca de 1 hora, se não melhorar deverá retornar ao consultório
- Alimentação deverá ser liquida, pastosa e gelada nas primeiras 24 horas
- Não beber por meio de canudos e não cuspir nas primeiras 12 horas
- Não fumar nas primeiras 12 horas, e caso o façam devem tragar de forma suave
- Não realizar exercício físico intenso nas primeiras 12 a 24 horas
- Higiene bucal deverá ser realizada com escova macia, o uso do fio dental é normal
- Realizar bochechos com clorexidina a 0,12% durante 7 dias a partir do dia seguinte ao procedimento cirúrgico
- O edema pode acontecer e alcançará seu máximo cerca de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico, começando a diminuir no terceiro ou quarto dia. Se o quadro não regredir no tempo previsto o cirurgião deverá ser contactado
- Pode ocorrer trismo (limitação de abertura bucal)
- Pode ocorrer equimose 2 a 4 dias após a cirurgia e quase sempre desaparece em 7 a 10 dias
- Deverá usar a medicação conforme prescrição, se a dor persistir entrar em contato com o cirurgião
- Comparecer a consulta de retorno conforme agendamento.

4. TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

- Abaixador de língua metálico Bruenings
- Abaixador de língua metálico de Wieder
- Abridor boca borracha-plástico duro-adulto/infantil
- Alavanca apical reta (meia cana) nº 301
- Alavanca apical nº 301
- Alavanca apical nº 302
- Alavanca apical nº 303

- Alavanca Seldin nº 2 (reta)
- Alavanca Seldin nº 1L (bandeira)
- Alavanca Seldin nº 1R (bandeira)
- Afastador de Molt
- Afastador Farabeuf pequeno 10 cm
- Afastador Farabeuf médio 13 cm
- Afastador Minessota
- Agulha gengival descartável curta 30 g - cx c/ 100 unid.
- Agulha gengival descartável longa 27 g - cx c/ 100 unid.
- Álcool etílico 70% solução frasco 1000ml
- Álcool gel 70% INPM glicerinado frasco 500 G uso hospitalar
- Álcool absoluto 99,5o INPM frasco 1000ml
- Algodão (rolos) - pct c/ 100 unid.
- Alicate para corte de fio de aço
- Aspirador Fraizer com mandril 4 mm
- Aspirador Fraizer com mandril 5 mm
- Alveolótomo Luer curvo
- Alveolótomo Luer reto
- Aparelho de laser
- Azul de metileno solução aquosa 2% frasco 500ml
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Bicarbonato de sódio (pct. C/ 15 env. De 40 g) hidrogenado
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca nº 701 de aço inoxidável, picotada, haste longa para peça reta
- Broca nº 703 de aço inoxidável, picotada, haste longa para peça reta
- Cabo para espelho bucal inox
- Cabo para bisturi nº 3
- Caneta de alta rotação
- Cimento cirúrgico líq. - 20 ml
- Cimento cirúrgico pó - 50 g
- Cuba metálica redonda pequena

- Cureta de Lucas nº 86
- Cureta de Lucas nº 87
- Cureta de Molt
- Curetas para levantamento de seio maxilar - conj. c/ 5 unidades
- Cinzel Lucas bisel simples
- Cinzel Lucas bisel duplo
- Cinzel Lucas goiva
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 01
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 02
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 03
- Cinzel de Fedy nº 01
- Cinzel de Fedy nº 02
- Cinzel odontológico curvo sem dente
- Cinzel reto Obwergeser 6 mm
- Cinzel CV Obwergeser 6 mm
- Cinzel CV Obwergeser 8 mm
- Cinzel reto cabo Lambotte 6 mm
- Clorexidina solução bucal 0,12% frasco 250 ml
- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco1000ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 100ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 100ml
- Descolador Molt
- Descolador Freer
- Espátula nº 7
- Espelho grande para orientação ao paciente, 10 x 15 cm, de mão
- Espelho bucal nº 5
- Estojo p/ instrumental 18 x 8 x 5 cm
- Estojo p/ instrumental 20 x 10 x 5 cm
- Estojo p/ instrumental inox 26 x 12 x 6 cm
- Estojo p/ instrumental 28 x 14 x 6 cm
- Estojo p/ instrumental inox 32 x 16 x 9 cm
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Fio de aço cirúrgico mono aço 1.0

- Fio de aço cirúrgico mono aço 2.0
- Fórceps adulto nº 17 para molares inferiores
- Fórceps adulto nº 16 para molares inferiores
- Fórceps adulto nº 18R para molares superiores direitos
- Fórceps adulto nº 18L para molares superiores esquerdos
- Fórceps adulto nº 151 para pré-molares, caninos, incisivos e raízes inferiores
- Fórceps adulto nº 150 para pré-molares, caninos, incisivos e raízes superiores
- Fórceps adulto nº 69 para raízes superiores e inferiores
- Fórceps adulto nº 65 para incisivos e raízes superiores
- Fórceps adulto nº 99 A
- Fórceps adulto nº 101
- Fórceps infantil nº 2
- Fórceps infantil nº 5
- Formol líquido 10% frasco 1000ml
- Gaze
- Hemostático líq. - 10 ml
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal, cx c/ 50 und.
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico, cx c/ 50 unid.
- Lima dupla p/ osso dentes cruzados
- Lima para osso Buck nº 11-12
- Lima para osso Muller nº 03
- Lima para osso Seldin nº 10
- Lima para osso Seldin nº 12
- Lubrificante alta e baixa rotação óleo – spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Osteótomos de Summers
- Passa fio de Obwegeser – 23 cm
- Peça ponta reta
- Pedra de Arkansas para afiar instrumentos
- Periótomo reto
- Periótomo angulado
- Pinça Adson com dente 12 cm
- Pinça Adson Brown delicada 12 cm

- Pinça Allis - 15 cm
- Pinça Backhaus 14 cm
- Pinça Backhaus - 8 cm
- Pinça Collin - 24 cm
- Pinça clínica
- Pinça Dietrich 20 cm
- Pinça anatômica - 16 cm
- Pinça elástica Dietrich reta - 15 cm
- Pinça Halstead mosquito - 12 cm reta
- Pinça Halstead mosquito - 12 cm curva
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly curva 14 cm
- Pinça para dissecação reta - 12 cm
- Pinça Pean - 14 cm
- Pinça dente de rato 18 cm
- Pinça dente de rato 16 cm
- Placa de vidro retangular 10 mm espessura
- Ponta para sugador metálico
- Porta agulha Castroviejo
- Porta agulha Mayo-Heager 14 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha Mayo-Heager 16 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha p/ fios de aço 20 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha fio de aço sem videa 16 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 17 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 23 cm
- Punch para biópsia descartável 5 mm
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Sindesmótomo duplo
- Soro fisiológico
- Sugador cirúrgico de metal reto para sangue
- Sugador descartável ponta flexível
- Tambor para gaze em aço inox 16x14
- Tesoura Goldman Fox reta - 13 cm

- Tesoura Metzembaum 15 cm reta
- Tesoura Metzembaum 15 cm curva
- Tesoura Íris curva 12 cm
- Tesoura Íris reta 12 cm
- Tesoura p/ fios Be-Be Ouro – 10 cm
- Tesoura ponta curva 10 cm fina/ fina
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tesoura ponta reta 10 cm fina/ fina
- Vaselina sólida branca 20 gr

5. TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

6. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

7. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação clínica e radiográfica completa antes da cirurgia, garantindo um diagnóstico preciso e planejamento adequado.
2	Anestesia Inadequada	Utilizar técnicas de anestesia apropriadas para o tipo de procedimento e área de intervenção, ajustando a dose conforme necessário para garantir o controle adequado da dor.
3	Infecção Pós-operatória	Assegurar a esterilização adequada do campo operatório e do material cirúrgico, além de prescrever antibióticos profiláticos quando indicado.
4	Hemorragia Excessiva	Monitorar os sinais vitais do paciente e aplicar técnicas de hemostasia eficazes, como o uso de agentes hemostáticos e suturas adequadas.
5	Complicações Anestésicas	Monitorar continuamente o paciente durante a anestesia e estar preparado para intervir rapidamente em caso de reações adversas.
6	Dificuldade na Cicatrização	Orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios, incluindo higiene oral adequada e restrições alimentares para promover uma cicatrização ideal.
7	Dor Pós-operatória Inadequada	Prescrever analgésicos apropriados e fornecer orientações claras sobre o manejo da dor para minimizar o desconforto do paciente.
8	Complicações Relacionadas a Sutura	Utilizar técnicas de sutura adequadas e materiais de sutura de alta qualidade para evitar complicações como deiscência ou infecção.

9	Edema e Inflamação Excessiva	Recomendar medidas para controle do edema, como a aplicação de compressas frias e a elevação da cabeça, e prescrever medicamentos anti-inflamatórios conforme necessário.
10	Reações Alérgicas a Medicamentos	Documentar o histórico de alergias do paciente e selecionar medicamentos que não tenham histórico de causar reações alérgicas.
11	Lesão a Estruturas Adjuntas	Utilizar técnicas cirúrgicas precisas e equipamentos adequados para minimizar o risco de lesão a estruturas adjacentes, como nervos e vasos sanguíneos.
12	Comunicação Insuficiente com o Paciente	Fornecer informações claras e completas sobre o procedimento, cuidados pós-operatórios e sinais de complicações a serem observados.
13	Falta de Monitoramento Pós-operatório	Agendar consultas de acompanhamento para avaliar a evolução da cicatrização e identificar qualquer complicação precocemente.
14	Planejamento Cirúrgico Inadequado	Desenvolver um plano cirúrgico detalhado, utilizando imagens radiográficas e outros exames para orientar a execução precisa do procedimento.
15	Falha na Documentação	Manter registros completos e precisos do procedimento, incluindo notas sobre a técnica utilizada, complicações e instruções para o paciente.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LITTLE, J.W. Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PRADO, R.; SALIM, M. A. A. Cirurgia Buco maxilofacial: diagnóstico e tratamento. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2009.

9. ANEXOS

Não se aplica

10. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Cirurgia Oral Menor Bucomaxilofacia	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento Clínico Para Exame Clínico Periodontal, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

Um diagnóstico apropriado é essencial para um tratamento inteligente. O diagnóstico periodontal deve primeiro determinar se a doença está presente; identificar, então, seu tipo, extensão, distribuição e gravidade; e finalmente proporcionar um entendimento dos processos patológicos subjacentes e suas causas. As doenças periodontais são caracterizadas pelas alterações da cor e da textura da gengiva, por exemplo, rubor e edema, assim como o aumento da tendência a sangramento à sondagem na área do sulco gengival/bolsa. Além disso, os tecidos periodontais podem exibir resistência reduzida à sondagem, que é percebida como o aumento da profundidade à sondagem e/ou da recessão tecidual. Os estágios avançados da periodontite podem também estar associados ao aumento da mobilidade dentária, assim como a migração ou a vestibularização dos dentes. Os sinais clínicos da gengivite incluem a mudança na cor e na textura do tecido mole gengival marginal e sangramento à sondagem.

Na periodontite, além das alterações inflamatórias na gengiva, há uma perda progressiva da inserção periodontal e do osso alveolar e um exame abrangente precisa incluir as avaliações de tais alterações patológicas.

3. SIGLAS

- JCE: Junção Cemento-Esmalte
- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB: Técnico de Saúde Bucal

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam Exame Clínico Periodontal.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Cirurgião Dentista Periodontista
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. PARÂMETROS A SER AVALIADOS

Para avaliar a quantidade de tecido perdido na periodontite e também para identificar a extensão apical da lesão inflamatória, os seguintes parâmetros devem ser registrados:

- Profundidade da bolsa à sondagem;
- Nível da inserção à sondagem;
- Envolvimento da furca;
- Mobilidade dentária.

O sangramento à sondagem deverá também ser avaliado, uma vez que a ocorrência de tal sangramento, especialmente em avaliações repetidas, é indicativo da progressão da doença (Lang et al., 1986), embora o valor preditivo desse parâmetro isolado permaneça bastante baixo (30%). Por outro lado, a ausência de sangramento à sondagem produz um alto valor prognóstico negativo (98,5%) e, consequentemente, é um importante indicador da
estabilidade periodontal (Lang et al., 1990; Joss et al., 1994).

Avaliação da profundidade da bolsa à sondagem

A profundidade à sondagem, que é a distância da margem da gengiva ao fundo do sulco/bolsa gengival, é medida em milímetros, por meio de uma sonda periodontal milimetrada, com o diâmetro da ponta padronizado em aproximadamente 0,4 a 0,5 mm.

Avaliação do nível de inserção à sondagem

O nível de inserção à sondagem pode ser avaliado em milímetros por meio de uma sonda milimetrada, e expresso como a distância em milímetros da JCE (Junção Cemento-Esmalte) ao fundo da bolsa periodontal/ gengival sondável. A avaliação clínica requer a medição da distância da margem da gengiva livre à JCE para cada superfície dentária.

Avaliação do envolvimento de furca

A progressão da periodontite ao redor dos dentes multirradiculares pode envolver a destruição das estruturas de suporte da área da ramificação. Para planejarmos o tratamento de tal envolvimento é importante para o diagnóstico apropriado a identificação detalhada e precisa da presença e da extensão da degradação do tecido periodontal na área.

O envolvimento de furca é avaliado em todas as entradas de lesões periodontais possíveis dos dentes multirradiculares, ou seja, as entradas vestibulares e/ou linguais dos dentes molares inferiores. Os molares e pré-molares superiores são examinados nas entradas vestibulares, distopalatinas e mesiopalatinas. Em virtude da posição dos primeiros molares superiores dentro do processo alveolar, a furca entre as raízes mesiovestibular e palatina é mais bem explorada do lado palatino.

Para efetuarmos a avaliação do envolvimento de furca, utilizamos a sonda periodontal curva com graduações de 3 mm (sonda de furca de Nabers). Dependendo da profundidade de penetração, o envolvimento de furca é classificado como “superficial” ou “profundo”:

Classe I: profundidade à sondagem horizontal ≤ 3 mm a partir de uma ou duas entradas;

Classe II: profundidade à sondagem horizontal > 3 mm a partir, no máximo, de uma entrada e/ou combinado com o envolvimento de furca Classe I;

Classe III: profundidade à sondagem horizontal > 3 mm a partir de duas ou mais entradas geralmente representa uma destruição total dos tecidos de sustentação na furca.

Avaliação da mobilidade dentária

O aumento da mobilidade dentária pode ser classificado de acordo com Miller (1950):

Grau 0: mobilidade “fisiológica” medida no nível da coroa. O dente mostra mobilidade de 0,1 a 0,2 mm na direção horizontal no alvéolo;

Grau 1: aumento da mobilidade da coroa do dente de, no máximo, 1 mm na direção horizontal;

Grau 2: aumento da mobilidade da coroa do dente em mais de 1 mm na direção horizonta;l

Grau 3: grave mobilidade da coroa do dente tanto na direção horizontal quanto na vertical, interferindo na função do dente.

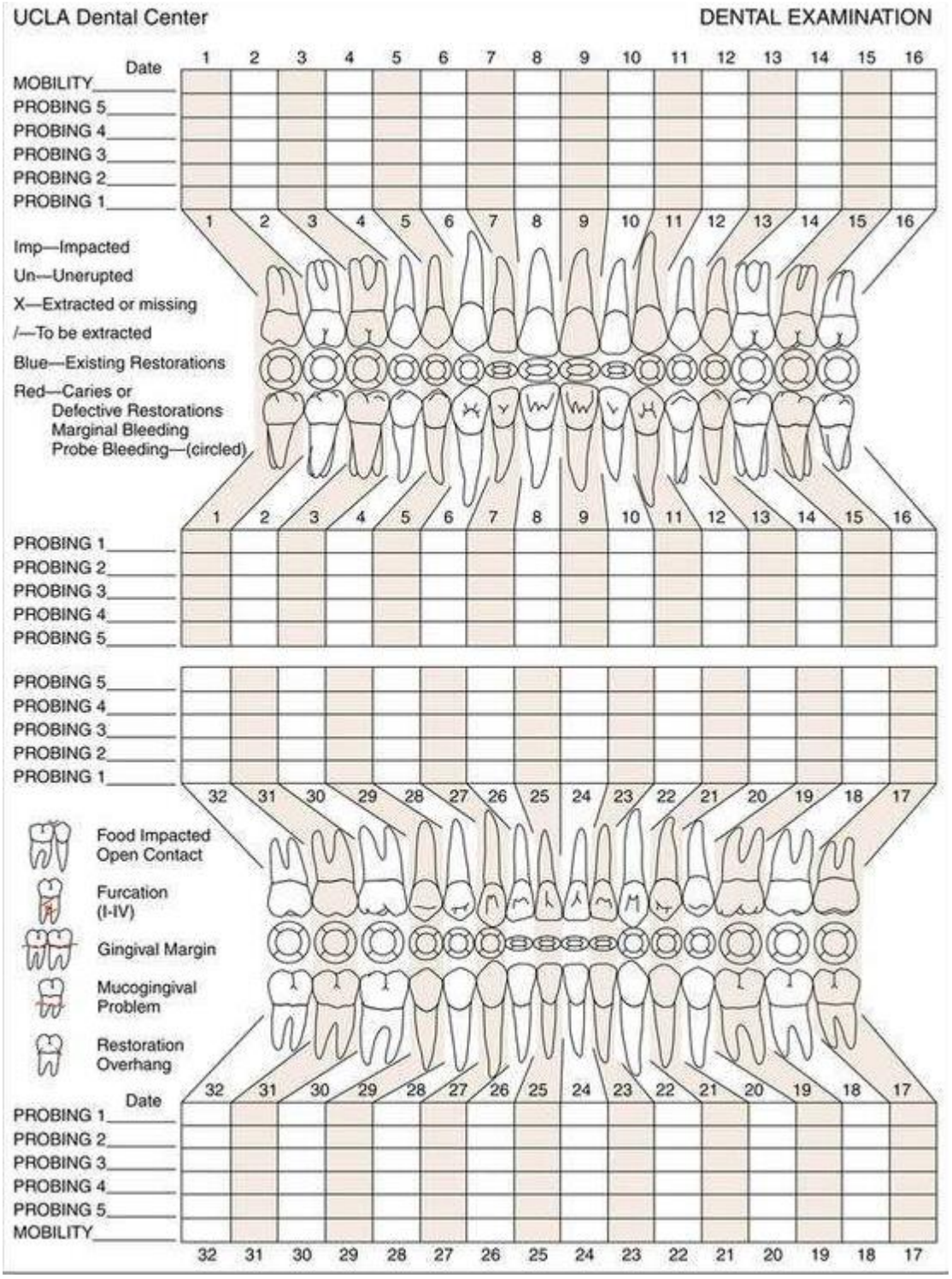
Sangramento à sondagem

Uma sonda periodontal é introduzida no “fundo” da bolsa gengival/periodontal com aplicação de força leve e é movida delicadamente ao longo da superfície dentária (raiz). Se o sangramento for provocado na remoção da sonda, o local examinado é considerado positivo e, consequentemente, está inflamado.

7. REGISTRO (PERIOGRAMA

O exame periodontal deve ser sistemático, começando pela região dos molares na maxila ou na mandíbula e prosseguindo por todo o arco dentário. O exame é importante para detectar sinais precoces de doenças gengivais e periodontais.

As fichas de registro dos achados periodontais e associados servem como guia para um exame direto e para anotar as condições do paciente. São também usadas para avaliar a resposta ao tratamento e para comparação com as visitas posteriores.



8. INSRUMENTAIS/MATERIAIS

- Algodão em rolete
- Bandeja de inox
- Espelho clínico n° 5

- Gaze
- Sonda periodontal Willians
- Sonda Nabers
- Sugador descartável

9. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

10. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação completa e sistemática, incluindo histórico do paciente, exame clínico e radiografias, para garantir um diagnóstico preciso das condições periodontais.
2	Medidas de Profundidade de Sondagem Imprecisas	Utilizar sondas periodontais calibradas e seguir uma técnica padronizada de sondagem para obter medidas precisas da profundidade de sondagem.
3	Falta de Documentação Adequada	Registrar detalhadamente todas as medições, observações e achados clínicos em prontuário para referência futura e acompanhamento.
4	Erro na Identificação de Plaque e Cálculo	Realizar uma inspeção cuidadosa e utilizar métodos auxiliares, como corantes de placa, para identificar e documentar a presença de placa bacteriana e cálculo.
5	Subestimação da Gravidade da Doença	Avaliar todos os aspectos do exame clínico, incluindo mobilidade dentária, recessão gengival e sangramento à sondagem, para não subestimar a gravidade da doença periodontal.
6	Falta de Avaliação do Estado de Saúde Geral	Considerar a condição geral de saúde do paciente e suas implicações para o tratamento periodontal, incluindo fatores sistêmicos que podem afetar a saúde periodontal.
7	Negligência de Sinais de Inflamação	Observar sinais clínicos de inflamação, como vermelhidão, edema e sangramento, para garantir que a inflamação periodontal seja corretamente identificada e tratada.
8	Falta de Identificação de Alterações Gingivais	Inspecionar minuciosamente todas as áreas gengivais para identificar alterações como hiperplasia, atrofia ou alterações na cor e textura da gengiva.
9	Não Considerar Históricos Familiares	Revisar o histórico familiar do paciente para identificar possíveis predisposições genéticas para doenças periodontais.
10	Não Avaliar a Oclusão	Incluir uma avaliação da oclusão e do ajuste oclusal como parte do exame clínico para identificar possíveis fatores contribuintes para a doença periodontal.
11	Falta de Interpretação Adequada dos Resultados	Analisar os dados coletados no contexto de todo o exame clínico e histórico do paciente para formular um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado.

12	Ignorar Sinais de Doença Periodontal Aguda	Reconhecer e tratar sinais de doença periodontal aguda, como abscessos, com prontidão para evitar complicações adicionais.
13	Falta de Planejamento do Acompanhamento	Desenvolver um plano de acompanhamento detalhado com base nos achados do exame clínico para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

12. ANEXOS

Não se aplica

13. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade	
Título	Exame Clínico Periodontal	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Criar condições, padronizar, definir e estabelecer regras e recomendações que devem ser aplicadas pelos profissionais especialistas em Periodontia lotados na Unidade para a execução de suas atividades.

2. DEFINIÇÕES

Estabelecer os Procedimentos Operacionais Padrão a serem adotados pelos especialistas em Periodontia da Policlínica de Posse, conforme exigido pela legislação vigente em relação a segurança do paciente, servindo como modelo para a orientação dos profissionais lotados nesta Unidade, assegurando a coerência e uniformidade de ações e realizando a implementação das normas estabelecidas.

3. SIGLAS

- JCE: Junção Cemento-Esmalte
- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB: Técnico de Saúde Bucal
-

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam Exame Clínico Periodontal.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Cirurgião Dentista Periodontista
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Terapia periodontal básica.
- Pacientes com necessidade de tratamento da doença periodontal (gengite e periodontites: leve, moderada e severa).

- Pacientes com necessidade de tratamento cirúrgico (para ganhar espaço biológico ou por motivo estético).

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estágio terminal de doença periodontal
- Avaliar a perda óssea, mobilidade, comprometimento de furca.
- Avaliar presença de gengiva inserida, oclusão, classificação de recessão gengival, acompanhamento de tratamento ortodôntico.
- Doenças sistêmicas não controladas.

8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA CIRURGIAS PERIODONTAIS

1) Aumento de coroa clínica:

Inclusão: dentes com invasão de distância biológica impossibilitando tratamento protético/restaurador.

Exclusão: perda óssea acentuada; mobilidade dental; raízes com mais de 2/3 comprometida; comprometimento estético em dentes anteriores; altura da furca em relação a parede óssea a ser operada; terceiros molares mal posicionados ou com presença somente de mucosa como inserção; cirurgia em primeiros molares na distal, acompanhados de segundos molares não irrompidos.

2) Terapia periodontal cirúrgica (tratamento cirúrgico da doença periodontal): Inclusão: pacientes com boa HO (higiene oral), que não obtiveram boa resposta a terapia periodontal Básica, apresentando exsudato, bolsa periodontal persistente.

Exclusão: pacientes com má HO, tabagistas, portadores de doença sistêmica não controlada.

3) Gengivoplastia:

Inclusão: pacientes com hiperplasia gengival

Exclusão: condições sistêmicas do paciente, má higiene oral, doença periodontal ativa.

4) Enxerto gengival livre:

Inclusão: mucosa ceratinizada delgada ou ausente; ausência de doença periodontal ativa; classe I e II de Miller; controle rigoroso do biofilme dental; hipersensibilidade dentinária, inserção alta de freio labial acompanhado de pouca ou ausência de gengiva inserida.

Exclusão: higiene oral deficiente; doença periodontal ativa; doença sistêmica; classe III e IV de Miller; proximidade do forame mentoniano; dentes superiores.

5) Enxerto de Conjuntivo Subepitelial

Inclusão: recessão classe I e II de Miller; ausência de doença periodontal ativa; controle rigoroso do biofilme dental; hipersensibilidade dentinária, necessidade estética.

Exclusão: dentes inferiores; HO deficiente; doença periodontal ativa; doença sistêmica; classe III e

IV de Miller.

9. DIAGNÓSTICO

Anamnese:

- História médica (fatores sistêmicos)
- Hereditariedade (presença de doença periodontal na família)
- Meios/métodos de higiene oral (HO)
- Hábitos deletérios (bruxismo e bruxomania, roer unhas, uso de palitos, ponta de caneta ou outros objetos, tabagismo, bebida alcoólica, outras drogas)

Exame Clínico

- Avaliação Periodontal
- Características gengivais – coloração, contorno e textura superficial, posição gengival

1. RECURSOS, MATERIAIS E INSUMOS UTILIZADOS

- Afastador Minessota
- Abridor boca borracha-plástico duro-adulto/infantil
- Agulha gengival descartável curta 30 g - cx c/ 100 unid.
- Agulha gengival descartável longa 27 g - cx c/ 100 unid.
- Álcool etílico 70% solução frasco 1000ml
- Álcool absoluto 99,5o INPM frasco 1000ml
- Alicate de cutícula
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Bicarbonato de sódio (pct. C/ 15 env. De 40 g) hidrogenado
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3195 F
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca cirúrgica carbide longa n.2, para alta rotação
- Broca cirúrgica carbide longa n.3, para alta rotação
- Broca cirúrgica carbide longa n.4, para alta rotação
- Brunidor de banda tipo rabo de peixe
- Cabo para espelho bucal inox
- Cabo para bisturi nº 3
- Caneta de alta rotação
- Cimento cirúrgico líq. - 20 ml
- Cimento cirúrgico pó - 50 g
- Clorexidina solução bucal 0,12% frasco 250 ml

- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 100ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 1000ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 1000ml
- Contra ângulo de sistema de encaixe universal intra
- Cuba metálica redonda pequena
- Cureta periodontal Goldman Fox nº 2
- Cureta periodontal Goldman Fox nº 3
- Cureta de Molt
- Cureta periodontal tipo Gracey 05 / 06
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 05 / 06
- Cureta periodontal tipo Gracey 07 / 08
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 07 / 08
- Cureta periodontal tipo Gracey 11 / 12
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 11 / 12
- Cureta periodontal tipo Gracey 13 / 14
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 13 / 14
- Cureta periodontal universal MC CALL 13 / 14
- Cureta periodontal universal MC CALL 17 / 18
- Cureta ponta morse 0 / 00
- Curetas PL
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 01
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 02
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 03
- Cinzel de Fedy nº 01
- Cinzel de Fedy nº 02
- Cinzel de Rhodes
- Descolador Molt
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espátula nº 22
- Espátula nº 24
- Espátula nº 36

- Espelho grande para orientação ao paciente, 10 x 15 cm, de mão
- Espelho bucal nº 5
- Estojo p/ instrumental 28 x 14 x 6 cm
- Estojo p/ instrumental inox 32 x 16 x 9 cm
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Foices de periodontia
- Gaze
- Gengivótomo de Kirkland nº 15-16
- Gengivótomo de Orban nº 1-2
- Hemostático líq. - 10 ml
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal, cx c/ 50 um
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico, cx c/ 50 unid.
- Lubrificante alta rotação óleo – spray
- Lubrificante baixa rotação óleo – spray
- Lima para osso Schluger nº 9-10
- Lima para osso Buck nº 11-12
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de plástico – cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de plástico - cx c/ 50 unid.
- Micromotor
- Pedra de Arkansas para afiar instrumentos
- Peça ponta reta
- Pinça clínica
- Pinça anatômica – 16 cm
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly curva 14 cm
- Placa de vidro retangular 10 mm espessura
- Ponta de Ultrassom perio subgengival (TIPS)
- Ponta para sugador metálico
- Porta agulha Castroviejo
- Porta agulha Crile-Wood c/ ponta de videa – 15 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 14 cm c/ videa e cabo dourado

- Porta agulha Mayo-Heager 16 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha p/ fios de aço 20 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha fio de aço sem videa 16 cm
- Role de algodão
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Sonda exploradora nº 05
- Sugador cirúrgico de metal reto para sangue
- Sonda milimetrada de profundidade de bolsa periodontal c/ ponta em formato de bola
- Sonda periodontal milimetrada de Williams
- Sonda de Nabers nº 2
- Soro fisiológico
- Sugador descartável ponta flexível
- Tesoura Goldman Fox reta – 13 cm
- Tesoura Íris reta 12 cm
- Tesoura ponta reta 10 cm fina/ fina
- Vaselina sólida branca 20 gr

10. RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

11. AÇÕES CORRETIVAS

N°	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação completa e sistemática, incluindo histórico do paciente, exame clínico e radiografias, para garantir um diagnóstico preciso das condições periodontais.
2	Medidas de Profundidade de Sondagem Imprecisas	Utilizar sondas periodontais calibradas e seguir uma técnica padronizada de sondagem para obter medidas precisas da profundidade de sondagem.
3	Falta de Documentação Adequada	Registrar detalhadamente todas as medições, observações e achados clínicos em prontuário para referência futura e acompanhamento.
4	Erro na Identificação de Placa e Cálculo	Realizar uma inspeção cuidadosa e utilizar métodos auxiliares, como corantes de placa, para identificar e documentar a presença de placa bacteriana e cálculo.
5	Subestimação da Gravidade da Doença	Avaliar todos os aspectos do exame clínico, incluindo mobilidade dentária, recessão gengival e sangramento à sondagem, para não subestimar a gravidade da doença

		periodontal.
6	Falta de Avaliação do Estado de Saúde Geral	Considerar a condição geral de saúde do paciente e suas implicações para o tratamento periodontal, incluindo fatores sistêmicos que podem afetar a saúde periodontal.
7	Negligência de Sinais de Inflamação	Observar sinais clínicos de inflamação, como vermelhidão, edema e sangramento, para garantir que a inflamação periodontal seja corretamente identificada e tratada.
8	Falta de Identificação de Alterações Gingivais	Inspecionar minuciosamente todas as áreas gengivais para identificar alterações como hiperplasia, atrofia ou alterações na cor e textura da gengiva.
9	Não Considerar Históricos Familiares	Revisar o histórico familiar do paciente para identificar possíveis predisposições genéticas para doenças periodontais.
10	Não Avaliar a Oclusão	Incluir uma avaliação da oclusão e do ajuste oclusal como parte do exame clínico para identificar possíveis fatores contribuintes para a doença periodontal.
11	Falta de Interpretação Adequada dos Resultados	Analisar os dados coletados no contexto de todo o exame clínico e histórico do paciente para formular um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado.
12	Ignorar Sinais de Doença Periodontal Aguda	Reconhecer e tratar sinais de doença periodontal aguda, como abscessos, com prontidão para evitar complicações adicionais.
13	Falta de Planejamento do Acompanhamento	Desenvolver um plano de acompanhamento detalhado com base nos achados do exame clínico para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2017, 480p.

LOPES HP & SIQUEIRA JFJr. Endodontia: Biologia e Técnica. Elsevier. 4ed. 2015, 848p.

ESTRELA C. Endodontia Laboratorial e Clínica. São Paulo: Artes Médicas. 160p.

ESTRELA C. Endodontic Science. São Paulo: Artes Médicas. 2009, 1104p.

13. ANEXOS

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade		
Tipo de documento	Protocolo Clinico	Qualidade

Título	Protocolo Clínico Para Especialidade Periodontia	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

24 set 2024 08:33:20 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

24 set 2024 09:09:35 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

24 set 2024 09:10:22 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 824b8b7dda0[illegible]b0b29d8bc0b2f8a9b3b5360faa091ef6b795
https://valida.ae/9cfc7f023[illegible]78597f320fee20add579c46

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

INTRODUÇÃO

Os objetivos da BHCL vão além de cumprir com qualidade e eficiência seu papel degestora administrativa. A Instituição contribui de forma decisiva para o desenvolvimento de um modelo de gestão que propicie a cultura da qualidade, o respeito ao Bem Público, o desenvolvimento das pessoas e a valorização dos usuários.

A busca contínua da BHCL por melhores práticas de gestão corporativa e a sua missão de atuar com excelência na atenção à saúde, sem preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos, fundamentam sua atuação no segmento público.

A garantia da segurança do paciente, bem como a melhor qualidade do cuidado prestado resultam de mecanismos que proporcionam constante monitoramento da assistência à saúde que permitem adequações às melhores práticas disponíveis. Neste sentido, a padronização da assistência torna-se imprescindível para assegurar os cuidados ao paciente e seus familiares pois abrange níveis mínimos de competências práticas e performance baseada em evidências científicas.

Para isso são elaborados Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que possibilitam assistência à saúde de modo padronizado, sistematizando o cuidado, porém em conformidade com parâmetros técnico-científicos recomendados. Estas orientações direcionadas otimizam a qualidade do serviço de saúde e proporcionam segurança ao paciente contribuindo para a sua satisfação.

Considerando a área da Nutrição, os POPs são importantes para nortear o nutricionista em sua prática clínica com segurança, efetividade, eficiência e qualidade. Estes documentos são necessários no dia a dia do profissional porque contém as descrições do papel da nutrição e dietética nas equipes de saúde incluindo o processo de cuidado nutricional com os elementos recomendados para a avaliação e intervenção nutricional, assim como o planejamento de alta do paciente considerando todos os âmbitos de assistência à saúde .

Estes processos no cuidado ao paciente são parte de uma esfera maior de objetivos na assistência à saúde que busca agregar valor aos indivíduos envolvidos. A saúde baseada em valor considera que os desfechos positivos adquiridos pelos pacientes são mais importantes que o volume de serviços prestados e que, de fato, contrib melhor qualidade e satisfação do paciente em

relação ao cuidado recebido. Portanto, atingir alto patamar de valor tornou-se ponto de destaque e alvo a ser buscado pelas instituições de saúde.

Deste modo, este Manual de Procedimentos Operacionais Padrão tem como objetivo proporcionar as bases para a prática clínica do nutricionista no âmbito hospitalar e ambulatorial de pacientes pediátricos, adultos e idosos, considerando os referenciais teórico-prático disponíveis garantindo a qualidade do serviço prestado e contribuindo com a saúde baseada em valor.

Conceito

A Triagem Nutricional Neonatal é uma ferramenta para identificação do risco nutricional em recém-nascidos hospitalizados. A classificação do risco nutricional é utilizada para racionalizar o atendimento nutricional (intervenção), priorizando aqueles que apresentam maior risco nutricional durante a internação.

Finalidade

Identificar precocemente pacientes em risco nutricional e determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada.

Indicação

Recém-nascidos hospitalizados.

Contra Indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas e profissionais da saúde treinados.

Material

Formulário físico ou eletrônico de triagem nutricional em neonatologia.

Descrição do Procedimento

Coletar as informações no prontuário do recém-nascido em até 24 horas da internação (Figura 1).

Figura 1. Triagem nutricional em neonatologia.

Avaliação do nutricionista:
Alto risco nutricional: Se uma das condições abaixo: • RNPT < 28 semanas • MMBP: < 1.000g • RN estabilizando alimentação após episódio de ECN ou perfuração gastrointestinal • RN com malformações severas do trato gastrointestinal (ex: gastrosquise, Sd. Berdon)
Médio risco nutricional Se uma das condições abaixo: • RNPT 28-31 semanas • MBP: 1.000 – 1.500 g • RNT ≥ 37 semanas com menos de 2.500 g • Doença, anomalia congênita ou condição clínica (dificuldade de progressão da dieta por instabilidade clínica, distensão abdominal, resíduos gástricos, vômitos), que possam comprometer a alimentação e o estado nutricional.
Baixo risco nutricional Se uma das condições abaixo: • RNPT 32-36 semanas • RNT ≥ 37 semanas e mais de 2500g

Fonte: Adaptado de Johnson MJ el al., 2015.

A triagem neonatal deve ser realizada em até 24 horas da internação e o risco nutricional é definido a partir de um dos itens levantados por exemplo: se RNPT < 28 semanas é considerado um recém nascido de alto risco nutricional.

Conduta sugerida

- Realizar avaliação nutricional conforme sistematização por grau de risco nutricional.
- Retriar semanalmente os recém nascidos de baixo risco nutricional.

Resultado esperado

Verificar precocemente o risco nutricional dos recém-nascidos.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação do instrumento por profissionais não treinados.
Aplicação em tempo superior ao recomendado ou não aplicação.

Registro

Registrar o atendimento nutricional no prontuário do recém-nascido.

17

Conceito

A triagem nutricional pediátrica é uma ferramenta para identificação do risco nutricional em lactentes, crianças e adolescentes hospitalizados. A classificação por escore de risco nutricional é utilizada para racionalizar o atendimento nutricional (intervenção), priorizando aqueles que apresentam maior risco de subnutrir durante a internação.

Finalidade

Identificar precocemente pacientes em risco nutricional e determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada.

Indicação

Lactentes, crianças e adolescentes hospitalizados ou em atendimento ambulatorial.

Contra Indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas e profissionais da saúde treinados.

Material

Formulário físico ou eletrônico de triagem nutricional em pediatria.

Descrição do Procedimento

Coletar as informações junto ao acompanhante do lactente, criança e/ou adolescente em até 24 horas da internação (Figura 1).

Figura 1. Ferramenta de triagem nutricional em pediatria - STRONG KIDS.

TRIAGEM RISCO NUTRICIONAL EM PEDIATRIA– *STRONG KIDS*
Impressão do médico ou nutricionista
1. Avaliação nutricional subjetiva: a criança parece ter déficit nutricional ou desnutrição? ☐ **Sim (1 ponto)** ☐ **Não (0 ponto)** Exemplos: redução da gordura subcutânea e/ou da massa muscular, face emagrecida, outro sinal
2. Doença (com alto risco nutricional) ou cirurgia de grande porte ☐ **Sim (2 pontos)** ☐ **Não (0 ponto)** Exemplos: Anorexia nervosa, fibrose cística, AIDS, pancreatite, doença muscular, baixo peso para idade/prematuridade (idade corrigida 6 meses), doença crônica (cardíaca, renal ou hepática), displasia bronco pulmonar (até 2 anos), queimaduras, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino curto, doença metabólica, doença celíaca, câncer, trauma, deficiência mental/paralisia cerebral, pré ou pós-operatório de cirurgia de grande porte, outra (classificada pelo médico ou nutricionista).
Perguntar ao acompanhante ou checar em prontuário ou com a enfermagem
3. Ingestão nutricional e/ou perdas nos últimos dias ☐ **Sim (1 ponto)** ☐ **Não (0 ponto)** Exemplos: diarreia (≥ 5x/dia), dificuldade de se alimentar devido à dor, vômitos (> 3x/dia), intervenção nutricional prévia, diminuição da ingestão alimentar (não considerar jejum para procedimento ou cirurgia)
4. Refere perda de peso ou ganho insuficiente nas últimas semanas ou meses ☐ **Sim (1 ponto)** ☐ **Não (0 ponto)** Exemplos: perda de peso (crianças > 1 ano), não ganho de peso (< 1 ano)

Escore	Risco	Sugestão para intervenção de acordo com a pontuação obtida
4 – 5	Alto	
1 - 3	Médio	
0	Baixo	

Fonte: Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. 2010

Resultado esperado

Verificar precocemente o risco nutricional dos pacientes.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação do instrumento por profissionais não treinados.
Aplicação em tempo superior ao recomendado ou não aplicação.

19

Registro

Registrar o atendimento nutricional no prontuário do paciente.

Conceito

A Triagem Nutricional é uma ferramenta para identificação do risco nutricional em adultos e idosos hospitalizados. A classificação por escore de risco nutricional é utilizada para racionalizar o atendimento nutricional (intervenção), priorizando aqueles que apresentam maior risco de subnutrir durante a internação.

Finalidade

Identificar precocemente pacientes em risco nutricional e determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada.

Indicação

Adultos hospitalizados ou em atendimento ambulatorial.

Contra Indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas e profissionais da saúde treinados.

Material

Formulário físico ou eletrônico de Triagem Nutricional - NRS 2002.

Descrição do Procedimento

- Coletar as informações junto ao paciente e/ou acompanhante em até 24 horas da internação.
- Preencher a ferramenta de avaliação de risco nutricional de acordo com as informações coletadas (Figura 1).

Figura 1 – Formulário de triagem nutricional (Nutritional Risk Screening – NRS-2002)

Parte 1: TRIAGEM INICIAL

	SIM	NÃO
1. IMC < 20,5 Kg/m²? Peso atual:_____ Altura:_____		
2. Houve perda de peso não intencional nos últimos 3 meses? Peso Habitual:_____		
3. Houve diminuição da ingestão na última semana?		
4. Paciente apresenta doença grave?		

OBS: No caso de qualquer resposta SIM, responder a PARTE 2.

Parte 2: TRIAGEM FINAL

Estado Nutricional Prejudicado		Gravidade da Doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
☐ 0 = ausente	Estado nutricional normal.	☐ 0 = ausente	Necessidades nutricionais normais.
☐ 1 = leve	Perda de peso > 5% em 3 meses **ou** ingestão alimentar entre 50-75% das recomendações na última semana.	☐ 1 = leve	Fratura de quadril, pacientes crônicos, principalmente com complicações agudas, tais como, DPOC, cirrose, *hemodiálise crônica, diabetes, oncológicos.* Paciente está fraco, mas deambula.
☐ 2 = moderado	Perda de peso > 5% em 2 meses **ou** IMC entre 18,5-20,5 + condição geral comprometida **ou** ingestão alimentar entre 25-50% das recomendações na última semana.	☐ 2 = moderado	Cirurgia abdominal de grande porte, AVE, *pneumonia grave, malignidades hematológicas (leucemias e linfomas.* Paciente confinado ao leito.
☐ 3 = grave	Perda de peso maior que 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) **ou** IMC < 18,5 + condição geral comprometida **ou** ingestão alimentar entre 0-25 % das recomendações na última semana.	☐ 3 = grave	Traumatismo craniano, transplante de medula óssea, *pacientes em terapia intensiva* em ventilação mecânica (*APACHE > 10).*
☐ 1 Acrescentar 1 ponto, se idade ≥ 70 anos			
PONTUAÇÃO:			

CLASSIFICAÇÃO:

☐ Escore < 3: Paciente não apresenta risco nutricional. Repetir a triagem semanalmente. Para pacientes com programação de cirurgia de grande porte, considerar um plano de cuidados preventivos para evitar riscos nutricionais associados.

☐ Escore ≥ 3: Paciente em risco nutricional e um plano de cuidados deverá ser iniciado.

☐ Escore ≥ 5: Paciente em alto risco nutricional (classificação para pacientes críticos ou cirúrgicos). A terapia nutricional deve ser iniciada precocemente.

Fonte: Krondrup J et al., 2003.

Registrar os dados no prontuário do paciente.

Resultado esperado

Verificar precocemente o risco nutricional dos pacientes.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação do instrumento por profissionais não treinados.
Aplicação em tempo superior ao recomen ação.

Registro

Registrar o atendimento nutricional no prontuário do paciente.

Conceito

A MAN é uma ferramenta para identificação de risco de desnutrição em idosos.

Finalidade

Identificar o risco de desnutrição em idosos para racionalizar o atendimento nutricional, priorizando aqueles que apresentam risco durante a internação.

Indicação

Idosos hospitalizados.

Contra Indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionista e/ou equipe interdisciplinar.

Material

- Prontuário físico ou eletrônico.
- Fita métrica.

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos conforme Política Institucional;
- Identificar paciente conforme Política de Identificação do Paciente;
- Aplicar o questionário abaixo:

Sobrenome: Nome:

Sexo: Idade: Peso, kg: Altura, cm: Data:

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
0 = diminuição severa da ingesta
1 = diminuição moderada da ingesta
2 = sem diminuição da ingesta ☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses
0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?
0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos ☐

F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m^2])
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm
0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31 ☐

- Realizar a limpeza da fita métrica conforme Política Institucional;
- Seguir os escores de classificação do questionário.

Resultado esperado

Escore de risco de desnutrição:
12-14 pontos - Eutrofia
08-11 pontos - Risco de desnutrição
0 - 07 pontos - Desnutrido

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação do instrumento por profissionais não treinados.

Registro

Registrar o resultado obtido no prontuário do paciente.

Conceito

A Triagem Nutricional é uma ferramenta para identificação do risco nutricional em adultos e idosos hospitalizados. A classificação por escore de risco nutricional é utilizada para racionalizar o atendimento nutricional (intervenção), priorizando aqueles que apresentam maior risco de subnutrir durante a internação.

Finalidade

Identificar precocemente pacientes com Lesão Medular em risco nutricional e determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada.

Indicação

Adultos e Idosos com Lesão Medular hospitalizados.

Contra Indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas e profissionais da saúde treinados.

Material

Formulário físico ou eletrônico.

Descrição do Procedimento

- Coletar as informações junto ao paciente e/ou acompanhante em até 24 horas da internação (Figura 1).

Figura 1. Triagem Nutricional – Lesão Medular

Data de Nasc. ___/___/_____ Idade: _____
Peso: _____ Estatura:_____ ( ) Referida ( ) Estimada IMC(kg/m²):_____

Histórico de peso	**0** Sem perda de peso	**1** Alguma de perda de peso não intencional IMC 19-21	**3** Perda moderada de peso não intencional IMC 16-18	**4** Perda significativa de peso não intencional IMC < 16	
Idade	**1** 18 – 30 anos	**2** 31 – 60 anos	**3** Mais de 60 anos	**4** Abaixo de 18 anos	
Nível de SCI	**1** S1 – S5	**2** L1 – L5	**3** T1 – T12	**5** C1 – C8	
Outras condições médicas	**0** Nenhuma **1** Condição crônica (ex. diabetes / abuso de substâncias)	**2** Fraturas agudas do traumatismo / lesão na cabeça **3** Infecção / Pós cirurgia	**4** Necessita de ventilação	**5** Em suporte de ventilação com traqueostomia	
Condição da pele	**0** Intacto **1** Marcas vermelhas ou grau 1	**2** Danos superficiais da pele ou grau	**3** Danos profundos à pele (epiderme e derme) ou grau 3	**5** Profundas e múltiplas úlceras de pressão ou grau 4/5	
Dieta	**0** Dieta normal e fluídos	**1** Nutrição parenteral ou enteral	**2** Textura modificada +/- suplementos nutricionais	**3** Nada por boca >5 dias	
Apetite	**0** Bom, comendo todas as refeições	**1** Ruim, sobra mais da metade	**2** Não aceita comida e bebida ou não tem capacidade de comer	**3ª** Vomitando e diarreia	
Habilidade para comer	**1** Capaz de comer de modo independente	**2** Precisa de alguma ajuda	**3** Necessita ser alimentado		
			TOTAL		
Pontue cada fator de risco, utilizando o maior score se mais de um for relevante.		**Some os scores por linha para obter o total inicial. Pontue e registre o nível de risco.**		**Nível de risco** **Baixo: 0 – 10** **Moderado: 11 – 15** **Alto: >15**	

Legenda: a - Investigar a causa e tratar.
Fonte: Wong S et al., 2012.

Resultado esperado

Verificar precocemente o risco nutricional dos pacientes com Lesão Medular.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação do instrumento por profissionais não treinados.
Aplicação em tempo superior ao recomendado ou não aplicação.

Registro

Registrar o atendimento nutricional no prontuário do paciente.

Aferição de Peso

Conceito

A aferição do peso corpóreo é integrante da avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Padronizar o processo de aferição do peso corporal dos pacientes

Indicação

Pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial.

Contra Indicação

Pacientes que apresentam condições clínicas que não permitam a mensuração do peso (ver POP "estimativa do peso corpóreo").

Competência

Nutricionista, enfermeiro, médico, profissional de saúde treinado.

Material

Balança plataforma mecânica ou eletrônica (escala de 50 g);
Balança baby mecânica ou eletrônica (escala de 10 g);
Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria:
O peso de crianças de 0 a 23 meses e 29 dias de vida deve ser aferido em balança baby mecânica ou eletrônica, com divisões de 10 g e capacidade de até 16 kg. Para a aferição dessa medida a criança deve estar despida (inclusive sem fraldas) e descalça. Deve ser posicionada no centro da balança. A criança com 2 anos ou mais deve ser pesada em pé, sendo posicionada (descalça e com o mínimo de roupas possível) no centro da balança, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parada nessa posição até que se complete a aferição.

Adulto:
O paciente deve ser posicionado (descalço e com o mínimo de roupas possível) no centro da balança, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parado nessa posição até que se complete a aferição.

Resultado esperado

Peso corpóreo aferido em quilos.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação incorreta das técnicas descritas (treinamento da equipe).
Ausência de instrumentos para realização das medidas (solicitar instrumentos).
Balança descalibrada.

Registro

O peso corpóreo do paciente deve ser registrado no prontuário.

Estimativa do peso corpóreo

Conceito

A estimativa de peso corpóreo é um método alternativo para obtenção do peso em pacientes acamados, com dificuldade de deambular, por meio das medidas antropométricas da circunferência do braço e altura do joelho. Pode ser utilizada na avaliação nutricional antropométrica a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Garantir a obtenção do peso corpóreo para acompanhamento do estado nutricional dos pacientes acamados.

Indicação

Pacientes atendidos no ambulatório ou internados, com impossibilidade de determinação do peso pelos métodos convencionais (acamados, com dificuldade de deambulação, com massas tumorais, ascite e/ou edema).

Contra Indicação

- Pacientes com amputação dos dois membros inferiores ou superiores;
- Pacientes com atrofia de articulações e/ou dificuldades para flexionar os membros inferiores ou superiores.

Competência

Nutricionista ou profissional da saúde treinado.

Material

- Antropômetro;
- Fita métrica inelástica e flexível;
- Caneta esferográfica;
- Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria: não se aplica.

Adulto:

- Identificar o paciente de acordo com os parâmetros utilizados para identificação;
- Realizar a medida da circunferência do braço (CB) conforme POP "aferição da circunferência do braço";
- Realizar a medida da altura do joelho (AJ) conforme POP "estimativa da estatura pela altura do joelho";
- Verificar idade, sexo e raça do paciente; Aplicar
- fórmula conforme tabela 1.
- Anotar no prontuário do paciente.

Tabela 1. Estimativa do peso corpóreo.

Sexo feminino		
Negro	19-59 anos 60-80 anos	(AJ x 1,24) +(CB x 2,97) – 82,48 (AJ x 1,50) +(CB x 2,58) – 84,22
Branco	19-59 anos 60-80 anos > 80 anos	(AJ x 1,01) +(CB x 2,81) – 66,04 (AJ x 1,09) +(CB x 2,68) – 65,51 (CB x 1,63) + (CP x 1,43) – 37,46
Sexo masculino		
Negro	19-59 anos 60-80 anos	(AJ x 1,09) +(CB x 3,14) – 83,72 (AJ x 0,44) +(CB x 2,86) – 39,21
Branco	19-59 anos 60-80 anos > 80 anos	(AJ x 1,19) +(CB x 3,14) – 86,82 (AJ x 1,10) +(CB x 3,07) – 75,81 **(CB x 2,31) + (CP x 1,50) – 50,10**

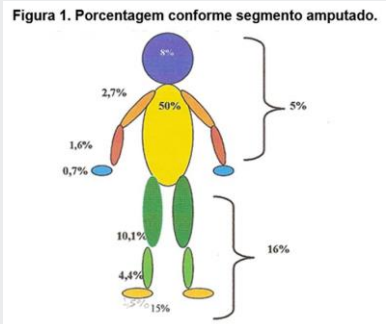
Fonte: Chumlea et al., 1988.

Em pacientes amputados deve-se:

- Conhecer o nível de amputação do membro, determinar a porcentagem de amputação mediante as porcentagens da composição corporal humana (Figura 1);
- Determinar o peso pela equação Chumlea et al., 1988.
- Descontar a porcentagem do peso do membro amputado* do peso calculado pela equação Chumlea et al., 1988. **(Peso da equação - % do peso de amputação)**;

*Valores: cabeça: 8%, tórax: 50%, braço inteiro: 5%, mão: 0,7%, antebraço: 1,6%, braço: 2,7%, perna inteira: 16%, pé: 1,5%, parte distal da perna: 4,4%, parte proximal da perna (Fêmur): 10,1%.

Figura 1. Porcentagem conforme segmento amputado.



Fonte: Osterkamp LK, 1995.

Resultado esperado

O peso corpóreo estimado do paciente em quilos.

Pontos Críticos/Riscos

- Aplicação incorreta das técnicas descritas (treinamento da equipe);
- Ausência de instrumentos para realização das medidas (solicitar instrumentos).

Registro

A estimativa do peso deve ser registrada no prontuário do paciente.

Cálculo do peso ideal

Conceito

O peso ideal é calculado para ser utilizado quando há impossibilidade de utilização do peso atual do paciente, devido a massas tumorais grandes ou presença de edema e/ou ascite para garantir o cálculo de metas nutricionais.

Finalidade

Garantir a avaliação antropométrica para determinar o tipo de intervenção a ser indicada.

Indicação

Pacientes atendidos no ambulatório ou internados, cujo peso atual está influenciado pela condição clínica como grandes massas tumorais, ascite e/ou edema.

Contra Indicação

Não há.

Competência

Nutricionista.

Material

- Balança eletrônica calibrada;
- Fita métrica inelástica e flexível;
- Estadiomêtro devidamente fixado a parede;
- Paquímetro;
- Papel toalha;
- Computador.

Descrição do Procedimento

Higienizar as mãos;
Caso exame seja realizado em paciente em precaução específica, fazer uso da paramentação adequada;
Verificar o peso do paciente de acordo com o procedimento "Aferição de Peso";
Quando não for possível, calcular o peso estimado do paciente de acordo com procedimento "Estimativa de Peso Corpóreo".
Verificar a altura do paciente de acordo com o procedimento "Aferição de Estatura".
Quando não for possível, calcular a altura estimada do paciente de acordo com procedimento "Estimativa de Estatura pela Altura do Joelho".
Caso exame seja realizado em paciente em precaução específica, retirar e descartar a paramentação adequada;
Higienizar as mãos;
Calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com o procedimento "Cálculo de Índice de Massa Corporal";
A partir do valor de IMC atual, utilizar a Tabela 1 para verificar o IMC ideal e calcular de acordo com a fórmula abaixo:

Peso Ideal (Kg) = IMC ideal (kg/m²) x altura (m)²

Anotar no prontuário do paciente.

Resultado esperado

Calcular o peso ideal do paciente em quilogramas.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação incorreta das técnicas descritas.
Ausência de instrumentos para realização de medidas.

Registro

O peso ideal deve ser registrado em prontuário do paciente.

Aferição da estatura

Conceito

A aferição do estatura é integrante da avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Padronizar o processo de aferição da estatura ou comprimento dos pacientes.

Indicação

Pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial.

Contra Indicação

Pacientes que apresentam condições clínicas que não permitam a mensuração da estatura (ver POP "estimativa da estatura pela altura do joelho/comprimento da tíbia").

Competência

Nutricionista, enfermeiro, médico ou profissional da saúde treinado.

Material

Estadiômetro;
Antropômetro infantil;
Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria

Em crianças com 2 anos ou mais, o procedimento deve ser conforme as orientações para adulto (descritas acima).

Na faixa etária de 0 a 23 meses e 29 dias de vida, afere-se o comprimento, que é realizado com a criança deitada e com o auxílio do antropômetro infantil sobre uma superfície plana. Para efetuar a leitura da medida, a criança deve estar completamente despida e descalça e o procedimento deve contar com a participação de dois examinadores, preferencialmente:

Apoiar a cabeça firmemente da criança contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;

Os ombros devem estar totalmente em contato com a superfície de apoio (mesa, maca) do antropômetro e os braços estendidos ao longo do corpo;

As nádegas e os calcanhares devem estar em pleno contato com a superfície que apoia o equipamento e os braços devem permanecer estendidos ao longo do corpo;

Os joelhos da criança devem ser posicionados cuidadosamente para baixo com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos;

Os pés devem estar unidos fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até a planta dos pés, com cuidado para que não se desloquem;

Realizar a leitura.

Adulto

A aferição da estatura deve ser realizada com o paciente em pé, utilizando, preferencialmente, um estadiômetro de parede. O paciente deve estar descalço e ser colocado no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos (plano de Frankfurt = margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do conduto auditivo externo estão em uma mesma linha horizontal). Os calcanhares, os ombros e as nádegas devem estar em contato com o estadiômetro; as porções internas dos ossos dos calcanhares devem se tocar, assim como a parte interna dos joelhos; os pés unidos devem formar um ângulo reto com as pernas.

Resultado esperado

Comprimento aferido em centímetros para crianças menores de 2 anos.
Estatura aferida em centímetros para crianças maiores de 2 anos, adultos e idosos.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação incorreta das técnicas descritas.
Ausência de instrumentos para realização das medidas.

Anotar as medidas obtidas no prontuário do paciente.

Estimativa da estatura pelo comprimento da Tíbia

Conceito

A mensuração do comprimento da tíbia (CT) - medida do côndilo medial da tíbia até a borda do maléolo medial inferior – é utilizada para a estimativa da estatura de crianças de 2 a 12 anos com impossibilidade de realizar esta mensuração pelos métodos convencionais (especialmente crianças com paralisia cerebral).
Pode ser utilizada na avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Estimar a estatura de crianças acamadas ou impossibilitadas de serem medidas em pé.

Indicação

Crianças atendidas no ambulatório ou internadas, com impossibilidade de determinação da estatura pelos métodos convencionais (acamadas ou com dificuldade de deambulação).

Contra Indicação

Crianças que deambulam e/ou apresentam condições clínicas que permitam a obtenção da estatura pelo método convencional; pacientes com atrofia de articulações e/ou dificuldades para flexionar os membros inferiores.

Competência

Nutricionista

Material

- Fita métrica inelástica e flexível;
- Caneta esferográfica;
- Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria:

- Posicionar a criança ou adolescente deitado em decúbito dorsal (barriga para cima);
- Realizar a medida do côndilo medial da tíbia até a borda do maléolo medial inferior pelo lado interno da perna, de modo que a fita métrica fique alocada de forma paralela ao membro (Figura 1);
- Anotar a medida em centímetros;
- Aplicar a medida na fórmula abaixo:

Estatura = (3,26 x CT) + 30,8

- Anotar a estimativa de estatura no prontuário da criança ou adolescente.

Figura 1. Mensuração do comprimento da tíbia.

Fonte: Serviço de Nutrição e Dietético do Instituto da Criança - HCFMUSP

Adulto: não se aplica

Resultado esperado

Estatura estimada do paciente em centímetros.

Pontos críticos/riscos

- Aplicação incorreta das técnicas descritas;
- Ausência de instrumentos para realização de medidas.

Registro

Registrar a estimativa da estatura no prontuário do paciente.

Estimativa da estatura pela altura do joelho

Conceito

A mensuração da altura do joelho (AJ) - distância entre o calcanhar e a superfície anterior da perna na altura do joelho (patela) – é utilizada para a estimativa da estatura de pacientes com impossibilidade de realizar esta mensuração pelos métodos convencionais.
Pode ser utilizada na avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Estimar a estatura de pacientes acamados ou impossibilitados de serem medidos em pé.

Indicação

Pacientes atendidos no ambulatório ou internados, com impossibilidade de determinação da estatura pelos métodos convencionais (acamados ou com dificuldade de deambulação).

Contra Indicação

Pacientes que deambulam e/ou apresentam condições clínicas que permitam a obtenção da estatura pelo método convencional; pacientes com amputação dos dois membros inferiores; pacientes com atrofia de articulações e/ou dificuldades para flexionar os membros inferiores.

Competência

Nutricionista

Material

- Fita métrica inelástica e flexível;
- Antropômetro infantil;
- Caneta esferográfica;
- Prontuário do paciente

Descrição do Procedimento

- Solicitar ao paciente que fique em posição supina (de barriga para cima) ou sentado o mais próximo da extremidade da cama ou cadeira;
- Solicitar ao paciente que deixe o joelho flexionado em ângulo de 90° (se necessário auxiliar o paciente);
- Colocar a parte fixa do antropômetro debaixo do calcanhar do paciente e o esquadro móvel sobre a parte superior do joelho fletido;
- Ajustar a parte móvel do antropômetro sobre o joelho e realizar a medida do valor obtido na escala numérica lateral (cm);
- Verificar idade, sexo, raça do paciente, medida AJ obtida em centímetros e aplicar nas fórmulas de acordo com Tabela 1:

Pediatria

Tabela 1. Cálculo para estimativa da altura pela aferição da altura do joelho.

Meninas (6 a 18 anos)	Negras = 46,59 + (2,02 x medida AJ) Brancas = 43,21 + (2,15 x medida AJ)
Meninos (6 a 18 anos)	Negros = 39,60 + (2,18 x medida AJ) Brancos = 40,54 + (2,22 x medida AJ)

Obs: AJ (altura do joelho) = cm
Fonte: Chumlea et al., 1994

Adulto

Tabela 1. Cálculo para estimativa da altura pela aferição da altura do joelho.

Sexo feminino		
Negro	19-60anos:	68,10 + (1,86 X AJ) – (0,06 X idade)
	>60 anos:	58,12 + (1,96 X AJ)
Branco	19-60anos:	70,25 + (1,87 X AJ) – (0,06 X idade)
	>60 anos:	75,00 + (1,91 X AJ) – (0,17 X idade)
Sexo masculino		
Negro	19-60anos:	73,42 + (1,79 X AJ)
	>60 anos:	95,79 + (1,37 X AJ)
Branco	19-60 anos:	71,95 + (1,88 X AJ)
	>60 anos:	59,01 + (2,08 X AJ)

Obs: Idade = anos; AJ (altura do joelho) = cm
Fonte: Chumlea et al., 1994; Chumlea et al, 1992.

1656

Realizar a leitura em cm e anotar no prontuário do paciente.

Figura 1. Mensuração da altura de joelho.

Fonte: Frisancho, 1999.

Resultado esperado

Estatura estimada do paciente em centímetros

Pontos críticos/riscos

Pacientes não-contactuantes.
Aplicação incorreta das técnicas descritas.
Ausência de instrumentos para realização de medidas.

Registro

Registrar a estimativa da estatura no prontuário do paciente.

Estimativa da estatura pela Hemienvergadura

Conceito

A mensuração da Hemienvergadura é utilizada para a estimativa da estatura de pacientes com impossibilidade de realizar esta mensuração pelos métodos convencionais. Pode ser utilizada na avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Estimar a estatura de pacientes acamados ou impossibilitados de serem medidos em pé.

Indicação

Pacientes atendidos no ambulatório ou internados, com impossibilidade de determinação da estatura pelos métodos convencionais (acamados ou com dificuldade de deambulação).

Contra Indicação

Pacientes que deambulam e/ou apresentam condições clínicas que permitam a obtenção da estatura pelo método convencional; pacientes com atrofia de articulações e/ou dificuldades para flexionar os membros superiores.

Competência

Nutricionista

Material

Fita métrica inelástica e flexível;
Caneta esferográfica;
Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Solicitar ao paciente que fique em posição supina (de barriga para cima);
Solicitar ao paciente que deixe o braço completamente estendido, em ângulo reto (90º) com o corpo, ao nível do ombro;
Colocar a fita métrica da ponta do dedo médio de uma mão até o meio (esterno) do corpo (Figura 1).
Realizar a leitura da medida na fita métrica e calcular a altura conforme fórmula:

Altura (cm) = 2 x hemienvergadura (cm)

Anotar os dados obtidos e registrar em prontuário do paciente.

Resultado esperado

Estatura estimada do paciente em metros

Pontos críticos/riscos

Pacientes com dificuldade de mobilização do membro superior.
Aplicação incorreta das técnicas descritas.
Ausência de instrumentos para realização de medidas.

Registro

Registrar a estimativa da estatura no prontuário do paciente.

Índice de Massa Corpórea

Conceito

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é um indicador antropométrico utilizado para classificar o estado nutricional do paciente com base nas medidas de peso e estatura.
Pode ser utilizado na avaliação nutricional antropométrica que consiste em mensurar dados antropométricos a fim de se obter o diagnóstico nutricional, comparando os valores mensurados aos dados de um referencial para população de mesma idade e sexo.

Finalidade

Garantir a classificação do estado nutricional, bem como o acompanhamento das mudanças que nele ocorrem durante a intervenção nutricional.

Indicação

Indicado ao paciente ambulatorial e hospitalizado.

Contra Indicação

Pacientes em que não seja possível mensurar ou estimar peso e altura.

Competência

Nutricionista

Material

- Dados de peso e estatura (estimados ou mensurados);
- Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

- Mensurar ou estimar o peso do paciente de acordo com os procedimentos "Aferição do Peso" e "Estimativa do Peso Corpóreo");
- Mensurar ou estimar a altura do paciente de acordo com os procedimentos "Aferição da Estatura" e "Estimativa da Estatura pela Altura do Joelho" ou "Estimativa da Estatura pelo Comprimento da Tíbia";
- Calcular o IMC de acordo com a equação abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altura}^2\ \text{(m)}}$$

- Verificar a idade e o sexo do paciente;
- Classificar o estado nutricional conforme descrito nas tabelas abaixo:

Crianças e Adolescentes

O valor de IMC obtido deve ser inserido na curva de crescimento no programa eletrônico WHO Anthro (menores de 5 anos) ou WHO Anthro Plus (crianças acima de 5 anos) disponível em https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools.
Verificar o percentil ou escore Z obtido na curva de crescimento e classificar o estado nutricional conforme tabelas abaixo.

Tabela 1. Classificação do IMC/idade de crianças de 0 a 5 anos de acordo com o Escore Z e Percentil.

Escore Z	Percentil	Classificação nutricional
< - 3	< 0,1	Magreza acentuada
≥ -3 e < -2	≥ 0,1 e < 3	Magreza
≥ -2 e ≤ +1	≥ 3 e ≤ 85	Eutrofia
> +1 e ≤ +2	> 85 e ≤ 97	Risco de sobrepeso
> +2 e ≤ +3	> 97 e ≤ 99,9	Sobrepeso
> +3	> 99,9	Obesidade

Fonte: WHO, 2006/2007.

Tabela 2. Classificação do IMC/idade de crianças de 0 a 5 anos de acordo com o Escore Z e Percentil.

Escore Z	Percentil	Classificação nutricional
< - 3	< 0,1	Magreza acentuada
≥ -3 e < -2	≥ 0,1 e < 3	Magreza
≥ -2 e ≤ +1	≥ 3 e ≤ 85	Eutrofia
> +1 e ≤ +2	> 85 e ≤ 97	Sobrepeso
> +2 e ≤ +3	> 97 e ≤ 99,9	Obesidade
> +3	> 99,9	Obesidade grave

Fonte: WHO, 2006/2007.

Gestantes

Tabela 3 . Classificação do Índice de Massa Corporal Pré-gestacional para mulheres gestantes.

IMC (Kg/m²)	Classificação nutricional	Ganho de peso durante a gestação (kg)
< 18,5	Baixo Peso	9,7 – 12,2
18,5 a 24,9	Eutrofia	8 – 12
25 a 29,9	Sobrepeso	7 – 9
> 30	Obesidade	5 – 7,2

Fonte: Ministério da saúde. Caderneta da gestante; Distrito Federal, 2023.

Adultos

Tabela 4. Classificação do Índice de Massa Corporal para indivíduos de até 60 anos.

IMC (Kg/m²)	Classificação nutricional
< 18,5	Baixo peso
18,5 a 24,99	Eutrofia
25 a 29,99	Sobrepeso
30 a 34,99	Obesidade classe I
35 a 39,99	Obesidade classe II
≥ 40	Obesidade classe III

Fonte: WHO, 2000.

Idosos

Tabela 5. Classificação do Índice de Massa Corporal para indivíduos com 60 anos ou mais.

Fonte: OPAS, 2002

Resultado esperado

IMC em quilograma por metro quadrado (Kg/m²) e classificação do estado nutricional do paciente.

Pontos críticos/riscos

Aplicação incorreta das técnicas de mensuração ou estimativa de peso e estatura;
Ausência de instrumentos para realização de medidas (solicitar instrumentos);
Cálculo errado.

Registro

O valor de IMC, bem como a classificação nutricional, deve ser registrado no prontuário do paciente.

Mensuração do perímetro cefálico

Conceito

O perímetro cefálico (PC) representa a medida da circunferência da cabeça (desenvolvimento do sistema nervoso) de recém-nascidos (RN) e lactentes (0 a 2 anos).

Finalidade

Realizar medida de avaliação antropométrica que auxilie na classificação e monitorização do crescimento cerebral de RN e lactentes. Nesse período a circunferência craniana sofre influência também da condição nutricional e deve ser avaliada de forma conjunta com o desenvolvimento neuropsicomotor.

Indicação

Indicada para estimar de forma indireta o crescimento cerebral de RN e lactentes.

Contra Indicação

Não há.

Competência

Pediatra, nutricionista.

Material

Fita métrica inelástica e flexível;
Caneta esferográfica;
Prontuário do RN/lactente.

Descrição do Procedimento

Pediatria:

Posicionar a fita métrica na porção posterior mais proeminente do crânio (occipício) e na parte frontal da cabeça (glabela);
Inserir o valor obtido na curva de perímetro cefálico da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a obtenção da classificação em escore Z ou percentil.

Adulto: não se aplica

Resultado esperado

PC em centímetros e classificação em escore Z ou percentil.

Interpretação:
Escore Z entre -2 e +2 ou percentis entre 15 e 85: normalidade;
Escore Z < -2 ou percentil < 15: abaixo do esperado;
Escore Z > +2 ou percentil > 85: acima do esperado.

Pontos críticos/riscos

Macro e microcefalia, hidrocefalia, tumor na cabeça;
Aplicação incorreta das técnicas descritas (treinamento da equipe);
Ausência de instrumentos para realização de medidas (solicitar instrumentos).

Registro

Registrar o valor (cm) e a classificação (escore Z ou percentil) do PC no prontuário do paciente

Aferição da circunferência do pescoço

Conceito

A circunferência do pescoço (CP) é a medida indireta do tecido adiposo subcutâneo da parte superior do corpo, apontada como um preditor de doença cardiovascular.

Finalidade

Verificar o risco cardiometabólico do indivíduo obeso.

Indicação

Indicado ao paciente hospitalizado e em atendimento ambulatorial, como forma de avaliação objetiva.

Contra Indicação

Tumor de cabeça e pescoço.

Competência

Nutricionista

Material

Fita métrica;
Caneta;
Computador;
Prontuário do paciente

Descrição do Procedimento

Higienizar as mãos conforme Política Institucional;
Identificar paciente conforme Política de Identificação do Paciente;
Solicitar ao avaliado para que fique em pé, com a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfort
Colocar uma fita inelástica na circunferência ao redor do pescoço, abaixo da cartilagem cricotireóidea, tanto para homens quanto para mulheres, independente da proeminência laríngea, perpendicularmente ao longo do eixo do pescoço
A fita métrica deve passar em toda a extensão do pescoço, sem fazer compressão.
Higienizar as mãos conforme Política Institucional;
Realizar a limpeza da fita métrica conforme Política Institucional;

Resultado esperado

Indivíduos com risco cardiovascular se:
HOMENS = Circunferência Pescoço > 37cm
MULHERES = Circunferência Pescoço > 34 cm

Pontos Críticos/Riscos

Impedimento de manuseio do pescoço
Aplicação incorreta das técnicas descritas.

Registro

Registrar o valor obtido no prontuário do paciente.

Aferição de Circunferência de Cintura

Conceito

É a medida que circunda a região abdominal do indivíduo, indica adiposidade visceral e subcutânea e está relacionada ao risco de complicações metabólicas associadas á obesidade.

Finalidade

Identificar o risco de complicações metabólicas associadas á obesidade.

Indicação

Pacientes ambulatoriais ou internados.

Contra Indicação

Paciente acamados e/ou com dificuldade de locomoção.
Paciente com ascite.
Presença de hérnia abdominal ou massa tumoral na região do abdome.

Competência

Nutricionista treinado.

Material

Fita métrica milimetrada inelástica e flexível.
Prontuário do paciente.

1669

Descrição do Procedimento

Adulto:
Solicitar que o paciente fique em pé, em posição ereta, usando o mínimo de roupa possível, com o abdome relaxado, braços ao lado do corpo e os pés juntos.
Medir na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca (na altura da cintura natural do indivíduo, que é a parte mais estreita do tronco).
Circundar com a fita o local com firmeza, sem esticar excessivamente evitando-se assim, a compressão do tecido subcutâneo. A leitura deve ser feita no centímetro mais próximo do ponto de cruzamento da fita.
Comparar e classificar o risco de acordo com a Tabela 1.
Tabela1. Classificação de obesidade central e alto risco para doenças cardiovasculares, segundo a circunferência da cintura.

	Homens	Mulheres
Brancos e negros	≥ 94cm	≥ 80 cm
Orientais (sulasiáticos, chineses e japoneses) e ameríndios	≥ 90 cm	≥ 80 cm

Fonte: International Diabetic Federation (IDF), 2006.

Resultado esperado

Circunferência de cintura aferida em centímetros e classifcação de risco de complicações metabólicas.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação incorreta da técnica descrita.
Ausência de instrumentos para realização de medidas.

Registro

A circunferência de cintura do paciente deve ser registrada no prontuário.

Aferição da circunferência da panturrilha

Conceito

A circunferência da panturrilha (CP) é à medida que compreende em circundar a região da panturrilha de máxima circunferência.

Finalidade

Avaliar a quantidade de massa muscular geral do indivíduo.

Indicação

Indicado ao paciente hospitalizado e em atendimento ambulatorial, como forma de avaliação objetiva.

Contra Indicação

Ausência de membros inferiores.

Competência

Nutricionista

Material

- Fita métrica;
- Caneta;
- Computador;
- Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Higienizar as mãos conforme Política Institucional;
Identificar paciente conforme Política de Identificação do Paciente;
Posicionar-se lateralmente ao avaliado;
Solicitar ao avaliado para que fique em pé, com os pés afastados 20 cm um do outro, de forma que o peso fique distribuído igualmente em ambos os pés. No caso do paciente acamado, elevar a perna em 90° graus e realizar a medida.
Colocar ao redor da panturrilha uma fita inelástica na circunferência máxima no plano perpendicular à linha longitudinal. Mover a fita para cima e para baixo a fim de localizar esta máxima circunferência. A fita métrica deve passar em toda a extensão da panturrilha, sem fazer compressão.
Colocar o valor zero da fita abaixo do valor medido;
Realizar três medidas no ponto de maior circunferência horizontal.
Calcular a média das três medidas e considerar esse valor para avaliação com padrões de referência.
Registrar o valor obtido, imediatamente, sem arredondamentos. Ex: 31,3 cm.
Valores iguais ou inferiores aos pontos de corte de 34 cm para homens e 33 cm para mulheres deverão ser adotados para definir uma baixa Circunferência de Panturrilha, conforme Barbosa et al (2016);
Para idosos os valores de circunferência de panturrilha devem ser ajustado pelo índice de massa corporal (IMC):

< 18,5 Kg/m2 : +4cm
25-29,9 Kg/m2: - 3 cm
30-39,3 Kg/m2: - 7cm
≥40 Kg/m2: - 12 cm

Higienizar as mãos conforme Política Institucional;
Realizar a limpeza do equipamento conforme Política Institucional;
Anotar no prontuário do paciente os resultados obtidos.

Resultado esperado

Avaliação e classificação de massa muscular geral do indivíduo.

Pontos críticos/riscos

Impedimento de manuseio da panturrilha (edema, enfaixamento, ferida, etc). Nota: Usar a outra panturrilha ou escolher outro método de avaliação antropométrica;
Aplicação incorreta das técnicas descritas. Nota: Treinamento da equipe.

Registro

Registrar o valor obtido no prontuário do paciente.

Aferição da circunferência do braço

Conceito

A circunferência do braço (CB) representa a soma das áreas constituídas pelo tecido ósseo, muscular e gorduroso do braço.

Finalidade

Obter um indicador antropométrico de composição corporal para auxiliar na classificação e monitorização do estado nutricional.

Indicação

É indicada para estimar o tecido muscular e gorduroso de pacientes hospitalizados ou em acompanhamento ambulatorial.

Contra Indicação

Pacientes com edema ou amputação de membros superiores.

Competência

Nutricionista.

Nutricionista

Fita métrica inelástica e flexível;
Caneta esferográfica;
Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria/Adulto/Idoso

Efetuar a avaliação no braço não dominante (na impossibilidade, realizar a medida no braço mais acessível);

Certificar-se de que o braço do paciente esteja relaxado e flexionado em frente ao tórax, formando um ângulo de 90º;

Marcar com a caneta o ponto médio entre o acrômio e o olécrano (Figura 1);

Contornar a fita no ponto marcado de forma ajustada evitando compressão da pele ou folga (Figura 1);

Fazer a leitura e repetir o procedimento, pois não deve haver uma diferença maior de 0,5 cm entre as duas medidas sucessivas (Figura 1);

Localizar o valor obtido na tabela de percentis de Frisancho (1999);

Tabela Circunferência do Braço em cm conforme idade e sexo – **Pediatria**

				Percentis MASCULINO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
1 - 1,9	681	16,1	1,2	14,2	14,7	14,9	15,2	16	16,9	17,4	17,7	18,2
2 - 2,9	672	16,4	1,4	14,3	14,8	15,1	15,5	16,3	17,1	17,6	17,9	18,6
3 - 3,9	715	16,9	1,4	15	15,3	15,5	16	16,8	17,6	18,1	18,4	19
4 - 4,9	708	17,2	1,4	15,1	15,5	15,8	16,2	17,1	18	18,5	18,7	19,3
5 - 5,9	676	17,7	1,8	15,5	16	16,1	16,6	17,5	18,5	19,1	19,5	20,6
6 - 6,9	298	18,3	2,1	15,8	16,1	16,5	17	18	19,1	19,8	20,7	22,8
7 - 7,9	312	19	2,1	16,1	16,8	17	17,6	18,7	20	21	21,8	22,9
8 - 8,9	296	19,6	2,3	16,5	17,2	17,5	18,1	19,2	20,5	21,6	22,6	24
9 - 9,9	322	20,7	2,7	17,5	18	18,4	19	20,1	21,8	23,2	24,5	26
10 - 10,9	333	21,8	3	18,1	18,6	19,1	19,7	21,1	23,1	24,8	26	27,9
11 - 11,9	324	22,8	3,4	18,5	19,3	19,8	20,6	22,1	24,5	26,1	27,6	29,4
12 - 12,9	349	23,8	3,5	19,3	20,1	20,7	21,5	23,1	25,4	27,1	28,5	30,3
13 - 13,9	350	24,8	3,3	20	20,8	21,6	22,5	24,5	26,6	28,2	29	30,8
14 - 14,9	358	26,2	3,5	21,6	22,5	23,2	23,8	25,7	28,1	29,1	30	32,3
15 - 15,9	359	27,3	3,2	22,5	23,4	24	25,1	27,2	29	30,3	31,2	32,7
16 - 16,9	350	28,7	3,2	24,1	25	25,7	26,7	28,3	30,6	32,1	32,7	34,7
17 - 17,9	339	29	3,4	24,3	25,1	25,9	26,8	28,6	30,8	32,2	33,3	34,7
18 -24,9	1757	31	3,5	26	27,1	27,7	28,7	30,7	33	34,4	35,4	37,2

				Percentis FEMININO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
1 - 1,9	622	15,7	1,3	13,6	14,1	14,4	14,8	15,7	16,4	17	17,2	17,8
2 - 2,9	615	16,2	1,3	14,2	14,6	15	15,4	16,1	17	17,4	18	18,5
3 - 3,9	651	16,6	1,4	14,4	15	15,2	15,7	16,6	17,4	18	18,4	19
4 - 4,9	680	17,1	1,5	14,8	15,3	15,7	16,1	17	18	18,5	19	19,5
5 - 5,9	673	17,7	1,8	15,2	15,7	16,1	16,5	17,5	18,5	19,4	20	21
6 - 6,9	296	18,2	2	15,7	16,2	16,5	17	17,8	19	19,9	20,5	22
7 - 7,9	330	19	2,2	16,4	16,7	17	17,5	18,6	20,1	20,9	21,6	23,3
8 - 8,9	275	20	2,6	16,7	17,2	17,6	18,2	19,2	21,2	22,2	23,2	25,1
9 - 9,9	321	21,1	2,8	17,6	18,1	18,6	19,1	20,6	22,2	23,8	25	26,7
10 - 10,9	330	21.8	3,1	17,8	18,4	18,9	19,5	21,2	23,4	25	26,1	27,3
11 - 11,9	302	23,2	3,6	18,8	19,6	20	20,6	22,2	25,1	26,5	27,9	30
12 - 12,9	324	24	3,4	19,2	20	20,5	21,5	23,7	25,8	27,6	28,3	30,2
13 - 13,9	361	25	3,7	20,1	21	21,5	22,5	24,3	26,7	28,3	30,1	32,7
14 - 14,9	370	25,9	3,6	21,2	21,8	22,5	23,5	25,1	27,4	29,5	30,9	32,9
15 - 15,9	309	25,9	3,5	21,6	22,2	22,9	23,5	25,2	27,7	28,8	30	32,2
16 - 16,9	343	26,8	3,5	22,3	23,2	23,5	24,4	26,1	28,5	29,9	31,6	33,5
17 - 17,9	293	27,3	4,1	22	23,1	23,6	24,5	26,6	29	30,7	32,8	35,4
18 -24,9	2591	27,5	4	22,4	23,3	24	24,8	26,8	29,2	31,2	32,4	35,2

Tabela Circunferência do Braço em cm conforme idade e sexo - **Adulto**

				Percentis MASCULINO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
25 – 29,9	1255	32,1	3,5	27	28	28,7	29,8	31,8	34,2	35,5	36,6	38,3
30 – 34,9	945	32,7	3,4	27,7	28,7	29,3	30,5	32,5	34,9	35,9	36,7	38,2
35 – 39,9	838	32,9	3,3	27,4	28,6	29,5	30,7	32,9	35,1	36,2	36,9	38,2
40 – 44,9	830	32,9	3,2	27,8	28,9	29,7	31	32,8	34,9	36,1	36,9	38,1
45 - 49,9	871	32,7	3,4	27,2	28,6	29,4	30,6	32,6	34,9	36,1	36,9	38,2
50- 54,9	882	32,4	3,4	27,1	28,3	29,1	30,2	32,3	34,5	35,8	36,8	38,3
55 – 59,9	809	32,3	3,3	26,8	28,1	29,2	30,4	32,3	34,3	35,5	36,6	37,8

				Percentis FEMININO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
25 – 29,9	1934	28,5	4,3	23,1	24	24,5	25,5	27,6	30,6	32,5	34,3	37,1
30 – 34,9	1630	29,6	4,7	23,8	24,7	25,4	26,4	28,6	32	34,1	36	38,5
35 – 39,9	1460	30,2	4,8	24,1	25,2	25,8	26,8	29,4	32,6	35	36,8	39
40 – 44,9	1398	30,6	4,8	24,3	25,4	26,2	27,2	29,7	33,2	35,5	37,2	38,8
45 - 49,9	968	30,9	5	24,2	25,5	26,3	27,4	30,1	33,5	35,6	37,2	40
50- 54,9	1010	31,2	4,5	24,8	26	26,8	28	30,6	33,8	35,9	37,5	39,3
55- 59,9	887	31,6	5,1	24,8	26,1	27	28,2	30,9	34,2	36,7	38	40

Tabela Circunferência do Braço em cm conforme idade e sexo - **Idoso**

Tabela 1. Valores de referência de circunferência do braço para mulheres (> 60 years).

Grupos etários	n	Média	DV	Percentil 5	10	25	50	75	90	95
Circunferencia do Braço (cm)*										
60-64	227	32.42	3.88	26.00	28.00	30.00	33.00	35.00	37.00	39.00
65-69	210	31.12	4.03	25.00	27.00	28.00	31.00	34.00	36.00	38.45
70-74	185	31.35	4.78	24.00	25.00	28.00	31.00	34.00	37.00	40.00
75-79	242	30.87	4.30	24.00	26.00	28.00	31.00	33.00	36.00	38.00
□ 80	256	28.56	4.27	22.00	23.00	26.00	29.00	31.00	34.00	35.15
Dobra Tricipital (mm)*										
60-64	224	28.85	7.71	17.00	20.00	23.00	29.00	35.00	39.00	72.00
65-69	210	25.88	7.31	15.00	17.00	20.75	26.00	30.00	35.00	38.00
70-74	180	26.61	8.67	11.05	14.00	21.25	27.00	32.00	39.00	42.00
75-79	238	25.25	8.14	11.95	15.00	20.00	25.00	30.00	37.00	39.00
□ 80	249	20.35	7.48	8.00	10.00	15.00	20.00	25.50	30.00	33.50

DP= desvio padrão

Tabela 2. Valores de referência de circunferência do braço para homens (> 60 years).

Grupo etário	n	Média	DP	Percentil 5	10	25	50	75	90	95
Circunferencia do Braço (cm)										
60-64	157	30.50	3.42	24.90	27.00	29.00	30.00	32.00	35.00	37.00
65-69	110	30.55	3.72	24.55	27.00	29.00	30.00	32.00	34.90	36.00
70-74	114	29.58	3.28	24.00	26.00	27.00	30.00	32.00	34.00	35.25
75-79	189	28.90	3.45	23.00	24.00	26.00	29.00	31.00	33.00	35.00
□ 80	199	27.42	3.30	22.00	23.00	25.00	28.00	30.00	32.00	33.00
Dobra Tricipital (mm)										
60-64	154	15.35	6.55	5.75	7.00	10.00	15.00	20.00	26.00	27.00
65-69	103	14.52	6.04	6.00	7.00	10.00	14.00	19.00	23.00	26.00
70-74	103	13.42	5.27	6.00	7.00	9.00	13.00	17.00	20.60	22.60
75-79	177	13.41	5.29	6.00	6.80	9.00	13.00	17.00	21.00	24.10
□ 80	189	12.38	5.21	5.00	6.00	8.00	11.00	16.00	21.00	23.00

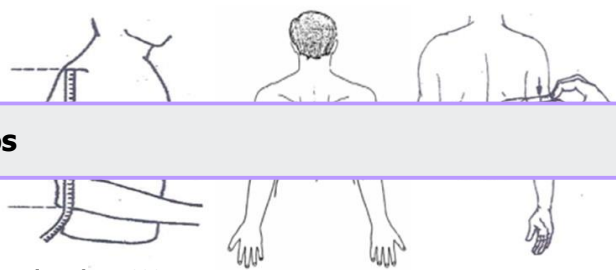
DP= desvio padrão

Fonte: Survey on Health and Well-being of the Elderly (SABE): Brasil, 2001.

Anotar no prontuário do paciente o valor e o percentil da CB.

CB em centímetros e classificação em percentil.

Figura 1 – Etapas da mensuração da Circunferência do Braço;



Fonte: Frisancho, 1999

Interpretação por percentil

0-5	Desnutrido
5,1-15	Abaixo da média
15,1-85	Média (normal)
85,1-95	Acima da média

Pontos críticos/riscos

Edema ou amputação de membros superiores.

Resultado esperado

Aplicação incorreta das técnicas descritas (treinamento da equipe);
Ausência de instrumentos para realização de medidas (solicitar instrumentos).

Registro

Registrar o valor em cm e em percentil da CB no prontuário do paciente.

Aferição da dobra cutânea tricipital

Conceito

A dobra cutânea tricipital (DCT) é a medida da espessura de dupla camada de pele e de tecido adiposo na região tricipital.

Finalidade

Avaliar e acompanhar a gordura corpórea dos pacientes durante a intervenção nutricional.

Indicação

Para pacientes em acompanhamento nutricional (internados ou em ambulatório).

Contra Indicação

Pacientes com edema de membros superiores;
Pacientes com amputação de membros superiores;
Pacientes com atrofia de articulações e dificuldades de flexionar os membros superiores;
Pacientes com presença de úlceras por pressão ou feridas em membros superiores;
Pacientes obesos graves

Competência

Nutricionista.

Material

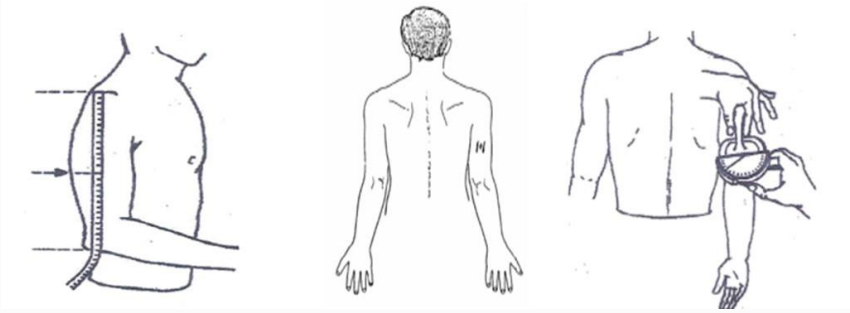
Adipômetro;
Fita métrica milimetrada, inelástica e flexível;
Caneta esferográfica;
Prontuário do paciente.

Descrição do Procedimento

Pediatria/Adulto/Idoso

Efetuar a avaliação no braço não dominante (na impossibilidade, realizar a medida no braço mais acessível);
Certificar-se de que o braço do paciente esteja relaxado e flexionado em frente ao tórax, formando um ângulo de 90º;
Marcar com a caneta o ponto médio entre o acrômio e o olécrano (Figura 1);
Posicionar o braço do paciente ao longo do corpo. Pinçar a dobra formada pela pele e pelo tecido adiposo com os dedos polegar e indicador da mão esquerda a 1 cm do ponto marcado.
Inserir o adipômetro exatamente no local assinalado. Fazer a leitura (Figura 1);
Realizar a medida por três vezes, calcular a média dos valores obtidos;
Localizar o valor obtido na tabela de percentis de Frisancho (1999).

Figura 1 – Etapas da mensuração da dobra cutânea tricipital.



Fonte: Frisancho, 1999

Tabela de dobra cutânea do Tríceps em mm conforme idade e sexo **Pediatria**

				Percentis MASCULINO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
1 - 1,9	681	10,4	2,9	6,5	7	7,5	8	10	12	13	14	15,5
2 - 2,9	677	10	2,9	6	6,5	7	8	10	12	13	14	15
3 - 3,9	717	9,9	2,7	6	7	7	8	9,5	11,5	12,5	13,5	15
4 - 4,9	708	9,2	2,7	5,5	6,5	7	7,5	9	11	12	12,5	14
5 - 5,9	677	8,9	3,1	5	6	6	7	8	10	11,5	13	14,5
6 - 6,9	298	8,9	3,8	5	5,5	6	6,5	8	10	12	13	16
7 - 7,9	312	9	4	4,5	5	6	6	8	10,5	12,5	14	16
8 - 8,9	296	9,6	4,4	5	5,5	6	7	8,5	11	13	16	19
9 - 9,9	322	10,2	5,1	5	5,5	6	6,5	9	12,5	15,5	17	20
10 - 10,9	334	11,5	5,7	5	6	6	7,5	10	14	17	20	24
11 - 11,9	324	12,5	7	5	6	6,5	7,5	10	16	19,5	23	27
12 - 12,9	348	12,2	6,8	4,5	6	6	7,5	10,5	14,5	18	22,5	27,5
13 - 13,9	350	11	6,7	4,5	5	5,5	7	9	13	17	20,5	25
14 - 14,9	358	10,4	6,5	4	5	5	6	8,5	12,5	15	18	23,5
15 - 15,9	356	9,8	6,5	5	5	5	6	7,5	11	15	18	23,5
15 - 16,9	350	10	5,9	4	5	5,1	6	8	12	14	17	23
17 - 17,9	337	9,1	5,3	4	5	5	6	7	11	13,5	16	19,5
18 -24,9	1752	11,3	6,4	4	5	5,5	6,5	10	14,5	17,5	20	23,5

Tabela 1. Valores de referência dobra cutanea triciptal para mulheres (> 60 years).

				Percentis FEMININO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
1 - 1,9	622	10,4	3,1	6	7	7	8	10	12	13	14	16
2 - 2,9	614	10,5	2,9	6	7	7,5	8,5	10	12	13,5	14,5	16
3 - 3,9	652	10,4	2,9	6	7	7,5	8,5	10	12	13	14	16
4 - 4,9	681	10,3	3	6	7	7,5	8	10	12	13	14	15,5
5 - 5,9	673	10,4	3,5	5,5	7	7	8	10	12	13,5	15	17
6 - 6,9	296	10,4	3,7	6	6,5	7	8	10	12	13	15	17
7 - 7,9	330	11,1	4,2	6	7	7	8	10,5	12,5	15	16	19
8 - 8,9	276	12,1	5,4	6	7	7,5	8,5	11	14,5	17	18	22,5
9 - 9,9	322	13,4	5,9	6,5	7	8	9	12	16	19	21	25
10 - 10,9	329	13,9	6,1	7	8	8	9	12,5	17,5	20	22,5	27
11 - 11,9	302	15	6,8	7	8	8,5	10	13	18	21,5	24	29
12 - 12,9	323	15,1	6,3	7	8	9	11	14	18,5	21,5	24	27,5
13 - 13,9	360	16,4	7,4	7	8	9	11	15	20	24	25	30
14 - 14,9	370	17,1	7,3	8	9	10	11,5	16	21	23,5	26,5	32
15 - 15,9	309	17,3	7,4	8	9,5	10,5	12	16,5	20,5	23	26	32,5
15 - 16,9	343	19,2	7	10,5	11,5	12	14	18	23	26	29	32,5
17 - 17,9	291	19,1	8	9	10	12	13	18	24	26,5	29	34,5
18 -24,9	2588	20	8,2	9	11	12	14	18,5	24,5	28,5	31	36

Tabela de dobra cutânea do Tríceps em mm conforme idade e sexo - **Adulto**

				Percentis MASCULINO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
25 – 29,9	1251	12,2	6,7	4	5	6	7	11	15,5	19	21,5	25
30 – 34,9	941	13,1	6,7	4,5	6	6,5	8	12	16,5	20	22	25
35 – 39,9	832	12,9	6,2	4,5	6	7	8,5	12	16	18,5	20,5	24,5
40 – 44,9	828	13	6,6	5	6	6,9	8	12	16	19	21,5	26
45 - 49,9	867	12,9	6,4	5	6	7	8	12	16	19	21	25
50- 54,9	879	12,6	6,1	5	6	7	8	11,5	16	18,5	20,8	25
55 – 59,9	807	12,4	6,0	5	6	6,5	8	11,5	15	18	20,5	25
60 – 64,9	1259	12,5	6,0	5	6	7	8	11,5	15,5	18,5	20,5	24
65 – 69,9	1774	12,1	5,9	4,5	5	6,5	8	11	15	18	20	23,5
70 - 74,9	1251	12	5,8	4,5	6	6,5	8	11	15	17	19	23

				Percentis FEMININO								
Idade (anos)	N	Mediana	DP	5	10	15	25	50	75	85	90	95
25 – 29,9	1921	21,7	8,8	10	12	13	15	20	26,5	31	34	38
30 – 34,9	1619	23,7	9,2	10,5	13	15	17	22,5	29,5	33	35,5	41,5
35 – 39,9	1453	24,7	9,3	11	13	15,5	18	23,5	30	35	37	41
40 – 44,9	1391	25,1	9	12	14	16	19	24,5	30,5	35	37	41
45 - 49,9	962	26,1	9,3	12	14,5	16,5	19,5	25,5	32	35,5	38	42,5
50- 54,9	1006	26,5	9	12	15	17,5	20,5	25,5	32	36	38,5	42
55 – 59,9	880	26,6	9,4	12	15	17	20,5	26	32	36	39	42,5
60 – 64,9	1389	26,6	8,8	12,5	16	17,5	20,5	26	32	35,5	38	42,5
65 – 69,9	1946	25,1	8,5	12	14,5	16	19	25	30	33,5	36	40
70 - 74,9	1463	24	8,5	11	13,5	15,5	18	24	29,5	32	35	38,5

Tabela de dobra cutânea do Tríceps em mm conforme idade e sexo - **Idoso**

Fonte: Surveyon Health and Well-being of the Elderly (SABE): Brasil, 2001.

1681

Pediatria

Interpretação por percentil

0-5	Desnutrido
5,1-15	Abaixo da média
15,1-75	Média (normal)
75,1-95	Acima da média
85,1-100	Excesso de gordura

Adulto e Idoso

Calcular a porcentagem de adequação da DCT e classificar (Tabela 1), conforme descrito abaixo:

% adequação DCT = (DCT obtida/DCT no percentil 50 para idade e sexo) x 100

Tabela 1. Critérios de avaliação segundo a porcentagem de adequação da Dobra Cutânea Principal

Classificação da subnutrição	Adequação (%)
Leve	80 - 90
Moderada	70 - 80
Grave	< 70

Fonte: Frisancho, 1981

Resultado esperado

Avaliação e classificação nutricional de pacientes de acordo com a DCT para conduta dietética.

Pontos críticos/riscos

Aplicação incorreta das técnicas descritas (treinamento da equipe);
Ausência de instrumentos para realização de medidas (solicitar instrumentos);
Impedimento de manuseio do braço não dominante (usar o braço dominante).

Registro

A DCT, o percentil e o percentual de adequação e a classificação de subnutrição devem ser registradas no prontuário do paciente.

Dinanometria

Conceito

A dinamometria consiste na avaliação de força do aperto de mão com um dinamômetro hidráulico de mão.

Finalidade

Estimar a força muscular.

Indicação

Indicado para pacientes hospitalizados e em acompanhamento ambulatorial, como complemento à antropometria e composição corporal no diagnóstico nutricional e na avaliação da efetividade da intervenção nutricional.

Contra indicação

Pacientes hospitalizados impossibilitados de exercer o aperto de mão (sedados, em coma, por exemplo);
Lesões nas mãos tais como: tendinites, neurites, artroses, artrites e outras.

Competência

Nutricionista treinado para utilização do dinamômetro e interpretação dos dados.

Material

Dinamômetro hidráulico;
Prontuário do paciente.

Descrição do procedimento

Pediatria: não há referencial em percentis

Adulto:

Sentar o paciente em uma cadeira com apoio para as costas e braços fixos;
Solicitar ao paciente que coloque os antebraços no apoio de braço da cadeira com o punho logo acima do final do apoio (punho em posição neutra, com o polegar voltado para cima num ângulo de 90°);
Demonstrar ao paciente como utilizar o dinamômetro;
Iniciar a aferição pela mão direita do paciente. Posicionar a mão de modo que o polegar fique ao redor de um dos lados do cabo e os demais dedos ao redor do outro lado. O paciente deve sentir o dinamômetro confortável em sua mão. O nutricionista deve descansar a base do dinamômetro na palma da sua mão enquanto o paciente segura o equipamento. O objetivo disto é apoiar o peso do dinamômetro negando o efeito da gravidade no pico de força. Entretanto, deve-se tomar cuidado para não restringir seu movimento;
Encorajar o paciente a apertar o dinamômetro o máximo que puder até que a agulha pare de subir. Quando a agulha parar de subir, o paciente pode ser instruído a parar de apertar;
Ler a força de preensão em quilogramas no mostrador externo e registrar o resultado ajustando para o quilo mais próximo;
Repetir a medição na mão esquerda;
Realizar duas medições adicionais em cada mão (alternando os lados), totalizando três leituras de cada lado;
Utilize a medida de força de preensão mais alta, dentre as seis, na análise e encoraje o paciente a obter uma pontuação tão alta quanto possível;
Registrar a dominância da mão (destro, canhoto ou ambidestro);
Classificar o déficit de força em idosos de acordo com o Consenso Europeu: Homens = valores menores que 30 Kg e mulheres = valores menores que 20 Kg.
Para pacientes não idosos, classificar os valores de força de acordo com a tabela de percentis abaixo (para pacientes saudáveis brasileiros) (Tabela 1), sendo considerado déficit de força valores no percentil < 10.

Tabela 1 – Percentis de força muscular (mão direita e esquerda) de adultos de acordo com idade e sexo

Table 3 Selected percentiles (P) of right and left handgrip strength (kg) stratified by age categories in male and female adults from Niterói, Rio de Janeiro, Brazil

Age category (years)	Handgrip strength (kg)									
	Right hand					Left hand				
	P10	P30	P50	P70	P90	P10	P30	P50	P70	P90
Males										
20—29	33.9	41.3	45.1	50.6	56.3	34.0	39.4	43.6	47.8	53.7
30—39	36.6	42.2	45.8	50.0	56.9	34.7	40.4	44.1	48.3	53.5
40—49	34.3	37.5	42.5	46.7	53.6	32.4	37.1	40.9	45.3	50.9
50—59	30.2	36.2	41.4	44.3	50.1	29.6	35.0	38.9	42.8	48.3
60—69	26.5	32.9	37.0	40.8	45.5	26.4	30.8	34.4	37.5	41.9
≥70	22.8	27.7	32.1	35.7	40.6	21.0	26.6	28.9	31.3	36.6
Females										
20—29	19.5	23.8	27.4	30.0	34.0	18.6	22.3	25.8	28.4	31.8
30—39	20.7	25.0	27.6	30.7	35.0	20.1	23.5	26.4	29.3	32.9
40—49	19.8	24.4	26.9	29.4	33.6	18.4	22.9	25.7	28.1	31.7
50—59	16.6	21.1	24.3	26.4	30.9	15.4	19.9	23.0	25.3	29.8
60—69	16.6	19.6	21.7	24.6	27.5	15.0	18.2	20.5	22.8	27.1
≥70	9.9	13.7	16.8	20.0	23.8	9.0	13.0	16.0	19.2	22.6

P = percentile.

Fonte:Schlüssel et al, 2008

Resultado esperado

Valor de força muscular em quilos.

Pontos críticos/riscos

Utilização incorreta do dinamômetro;
Pacientes que impossibilitados de executar a preensão do aparelho.

Registro

Registrar o resultado da avaliação da força muscular no prontuário do paciente.

Exame de Bioimpedância Elétrica

Conceito

O exame de bioimpedância elétrica (BIA) consiste na estimativa da composição corporal através da passagem de uma corrente elétrica de baixa intensidade e alta frequência pelo organismo. Ao passar pelo organismo, esta corrente assume uma oposição aos fluídos extracelulares e outra oposição às membranas celulares que são denominadas respectivamente de resistência (R) e reactância (Xc). Os tecidos magros são altamente condutores de corrente elétrica devido à grande quantidade de água e eletrólitos, ou seja, apresentam baixa resistência à passagem da corrente elétrica. Por outro lado, a gordura e a pele constituem um meio de baixa condutividade apresentando, portanto, elevada resistência. A análise destas variáveis permite a estimativa do percentual de massa gorda (MG), massa livre de gordura (MLG), fluídos do organismo (água intracelular e extracelular) e ângulo de fase (AF) que é considerado "ilness marker" (marcador de doença).

Finalidade

Complementar a avaliação nutricional convencional em casos específicos onde há necessidade de avaliação mais detalhada dos compartimentos corporais:

Indicado para pacientes hospitalizados e em acompanhamento ambulatorial, nos quais seja necessário complementar a avaliação nutricional com informações dos compartimentos corporais.

Contra indicação

Mulheres no período menstrual;
Pacientes com dois ou mais membros amputados (não há fórmula específica);
Ascite ou edema;
Diálise contínua;
Instabilidade hemodinâmica;
Marca-passo ou desfibriladores implantados;
Próteses metálicas no corpo;
Objetos metálicos como anel, corrente, etc.;
Feridas na pele (mãos e/ou pés);
Queimaduras;
Membros enfaixados.

Competência

Nutricionista treinado para utilização do aparelho e interpretação dos dados.

Material

Aparelho de bioimpedância tetrapolar;
Eletrodos;
Maca;
Algodão;
Álcool a 70%
Prontuário do paciente.

Descrição do procedimento

Preparo para o exame:

Jejum no mínimo de 4 horas antes;
Nenhum exercício físico nas 12 horas anteriores;
Nenhuma bebida alcoólica nas 24 horas anteriores;
Higienização dos pontos locais dos eletrodos com álcool a 70%;
Urinar pelo menos 30 minutos antes do exame.

Exame:

Verificar a idade do paciente;
Efetuar medidas de estatura e de peso conforme procedimentos "aferição da estatura" e "aferição de peso";
Orientar o paciente quanto ao procedimento e o uso do aparelho;
Posicionar o paciente:

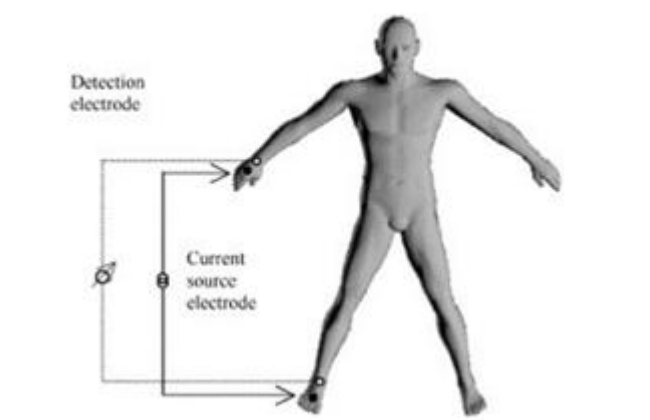
- Retirar calçados, meias, relógio, pulseiras e/ou afins;
- Deitar o paciente em decúbito dorsal;
- Afastar pernas e braços do paciente em ângulo de 45°;
- Abrir as mãos do paciente, que devem ser apoiadas na maca;

- Higienizar com álcool e algodão os locais onde serão aderidos os adesivos para eletrodos (para retirar o excesso de gordura da pele);
- Fixar os eletrodos aos adesivos já aderidos na pele (Figura 1);
- Colocar os detectores da BIA (clipe preto proximal e clipe vermelho distal) nos pontos anatômicos pré-determinados (tornozelo/pé esquerdos e mão/pulso esquerdos) (Figura 1);

Ligar o aparelho e digitar os dados do paciente solicitados;

Realizar a avaliação e anotar os resultados.

Figura 1 – colocação dos eletrodos para o exame de BIA



Resultado esperado

Estimativa da composição corporal (MG e MLG) do paciente e determinação do ângulo de fase.

Pontos críticos/riscos

Posicionamento incorreto dos eletrodos;
Não higienização dos pontos de localização dos eletrodos;
Não confirmar se o paciente atende aos critérios para a realização adequada do exame;
Em pacientes com edema e/ou ascite, além dos amputados, devido à alteração da composição corporal (desequilíbrio entre MG e MLG) a avaliação através da BIA para estimativa da composição corporal não é indicada.

Registro

Registrar o resultado da avaliação da composição corporal no prontuário do paciente.

Conceito

A avaliação dietética constitui parte da avaliação nutricional e consiste em levantar informações referentes à alimentação (hábitos alimentares, aversões, preferências, limitações por sintomas), mensurar dados dietéticos quantitativos (calorias, macro e micronutrientes, fibras e água) e qualitativos (proporções entre nutrientes). Além disso, permite realizar diagnóstico de adequação, comparando os dados mensurados aos valores de referência de recomendação (segundo população, sexo e características de saúde).

Finalidade

Avaliar alimentação, sinais e sintomas clínicos de lactentes, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Indicação

Lactentes, crianças, adolescentes, adultos e Idosos.

Contra indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas.

Material

Prontuário do paciente.

Descrição do procedimento

ANAMNESE ALIMENTAR

Para realizar a anamnese alimentar com pacientes lactentes, crianças, adolescentes, adultos ou idosos o nutricionista verifica no prontuário a prescrição médica da dieta, apresenta-se ao paciente, informa ser o responsável pela sua alimentação no hospital e, realiza a dupla checagem (questiona nome e data de nascimento) e supervisiona o consumo alimentar dos pacientes.
Para pacientes ambulatoriais a anamnese alimentar é realizada com pacientes ou acompanhante na primeira consulta. Paciente com atendimento de retorno avalia o registro alimentar preenchido pelo paciente ou recordatório de 24 horas.

Hábito alimentar:
Verificar a alimentação através de dia alimentar habitual ou recordatório alimentar de 24h ou registro alimentar.

Lactente, criança ou adolescente:
Em caso de lactentes ou crianças que usam fórmula infantil, verificar o tipo, volume, número de vezes ao dia e horários. Orientar à mãe que não é permitida a entrada de frascos ou bicos de mamadeiras provenientes de casa e quanto à rotina para entrada de alimentos externos (verificar item "Liberação de entrada de alimentos/produtos externos").
Observações:
1. Quando a criança não aceita o bico padrão das mamadeiras oferecidas no hospital, é permitido o uso do próprio, sendo que o profissional da nutrição deverá recolher o bico e a mamadeira e fazer a desinfecção na copa.
2. Quando a criança não fizer uso dos tipos de fórmulas padronizadas no hospital, procura-se adaptar uma formulação de padrão similar e na impossibilidade da adaptação da fórmula, verifica-se a possibilidade de aquisição.

Adultos e idosos:
Levantar informações de acordo com um dia alimentar habitual ou recordatório alimentar de 24h ou registro alimentar. Identificar doenças pré-existentes, preferências alimentares, aversões, número de refeições diárias domiciliares e alimentos que a compõem, e fatores limitantes da ingestão alimentar como dentição, mastigação e deglutição; perda ou ganho de peso (quantos quilos e há quanto tempo).

1692

Apetite: se Bom, Regular, Ruim.
Alergia alimentar: ( ) Não ( ) Sim. Se sim: [illegible] mentos

Intolerância alimentar: ( ) Não ( ) Sim. Se sim: registrar quais alimentos
Ingestão hídrica diária: ( )< 500 mL ( )500 a 1000 ml ( )1000 a 1500 mL ( )>2000 mL.

Verificar consumo de outros líquidos durante o dia (suco, refrigerante etc.) e registrar em prontuário.
Verifica-se se paciente segue algum tipo de alimentação específica (ovolactovegetariana, vegetariana estrita, dieta ayurvédica, kosher, frugívora) dentre outras ou dietas da moda.
Investiga-se o uso de suplemento alimentar, densidade calórica, volume e frequência da ingestão e aceitação.
Pacientes em terapia nutricional enteral: verifica-se o volume infundido, tempo de infusão da dieta, modo de administração (intermitente, contínuo ou gavagem), descreve-se o tipo de dieta utilizada (industrializada e/ou caseira) e densidade calórica. Identifica-se volume de líquidos infundidos para hidratação do paciente. Verifica-se cuidados de higienização com utensílios e equipamentos utilizados para infusão da dieta e a presença de intercorrências como alteração de hábito intestinal, distensão abdominal, vômitos, intolerância ao volume de dieta administrado, perda ou ganho de peso, fatores limitantes da ingestão alimentar como problemas de deglutição ou mastigação, anorexia, náuseas, vômitos ou disfagia. Na internação verifica-se diariamente a administração da dieta enteral (volume infundido x prescrito).
Aplica-se questionário de frequência alimentar quanto aos grupos de alimentos das hortaliças, proteínas, carboidratos, adição de óleo, sal e açúcar. Identifica-se a prevalência das preparações assadas, cozidas, grelhadas ou fritas. Investiga-se a frequência do consumo de alimentos processados e ultraprocessados.
Analisa-se possíveis indicativos de transtornos alimentares como consumo compulsivo de alimentos (velocidade e/ou volume aumentado) e/ou fora de horário, beliscos.
Atentar-se para casos de insegurança alimentar e orientar o paciente/responsável sobre estratégias para busca e acesso à alimentos.
Observação: Usar linguagem simples e de fácil compreensão.

PLANO DE CUIDADO NUTRICIONAL
Estabelecer plano de cuidado nutricional; Realizar a prescrição dietética, considerando hábitos alimentares, culturais, quantidade e características específicas da dieta (como consistência conforme identificado durante a anamnese alimentar) e visita ao paciente.

DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES:
Verificar se a entrega das refeições está de acordo com o planejado.

VISITA AOS PACIENTES:
Verificar a aceitação e ingestão das refeições, e se há necessidade de adaptações dietéticas (com relação a preferências alimentares, quantidades e consistências); registrar no prontuário eletrônico do paciente (PEP).
O nutricionista deve identificar-se junto ao paciente, informando seu nome e ser o nutricionista responsável.

Observação:

Realiza-se a visita quando houver solicitação do paciente, das equipes ou conforme planejamento. Aos finais de semana realiza-se a visita conforme solicitado em passagem de plantão, pela enfermagem ou paciente. Registra-se em prontuário conforme sistematização do serviço. Reorienta-se o paciente com relação à dieta, quando ele apresentar dúvidas, conscientizando-o sobre a importância da mesma para o tratamento.

Verifica-se alterações gastrointestinais ou presença de fatores que possam interferir na aceitação alimentar do paciente.

AVALIAÇÃO DO CONSUMO/ ACEITAÇÃO ALIMENTAR

Verifica-se aceitação alimentar, se o paciente sente fome ou não, e realiza-se adaptação de acordo com sugestões do paciente e opções pré-estabelecidas pelo serviço em relação ao cardápio do dia ou de outro dia relatado. Altera-se a prescrição dietética, quando necessário.

Quando o paciente não aceitar a dieta regularmente, verifica-se a necessidade de autorizar a entrada de alimentos.

Observação: Utilizar como referência o impresso de avaliação de aceitação alimentar (Figura 1).

Avaliação da aceitação alimentar: analisa-se a adequação da quantidade de alimentos ingerida diariamente (aceitação alimentar) frente às necessidades nutricionais diárias.

Avaliação qualitativa: Anota-se o consumo referido pelo paciente e/ou acompanhante;

Levantar a porcentagem de consumo de todas as refeições e considerar a porcentagem de aceitação alimentar abaixo descrita:

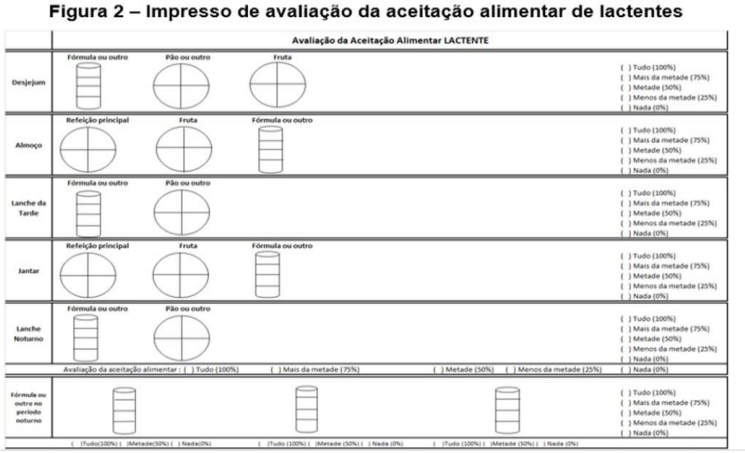
Tudo = 100%;
Mais da metade = 75%;
Metade = 50%;
Menos da metade = 25%;
Nada = 0%.

Para avaliação da aceitação alimentar pode ser utilizado o impresso de avaliação da aceitação alimentar dos lactentes (Figura 2) e de crianças e adolescentes (Figura 3).

O nutricionista deverá utilizar o impresso do cardápio para auxiliar no levantamento das informações e perguntar ao acompanhante e/ou paciente o que ele ingeriu em todas as refeições do dia anterior, conforme rotina de cada serviço.

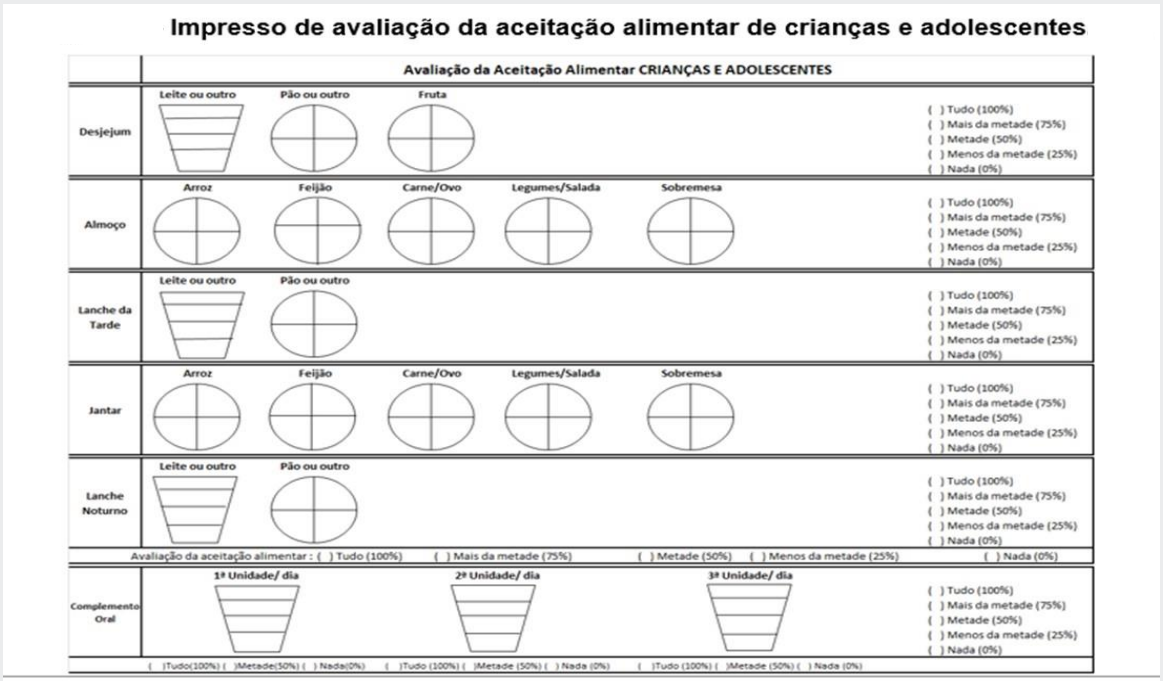
Dieta oral: Perguntar à criança ou adolescente e/ou acompanhante a quantidade consumida no dia anterior nas principais refeições: café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche noturno; registrar no prontuário eletrônico.

Figura 2 – Impresso de avaliação da aceitação alimentar de lactentes



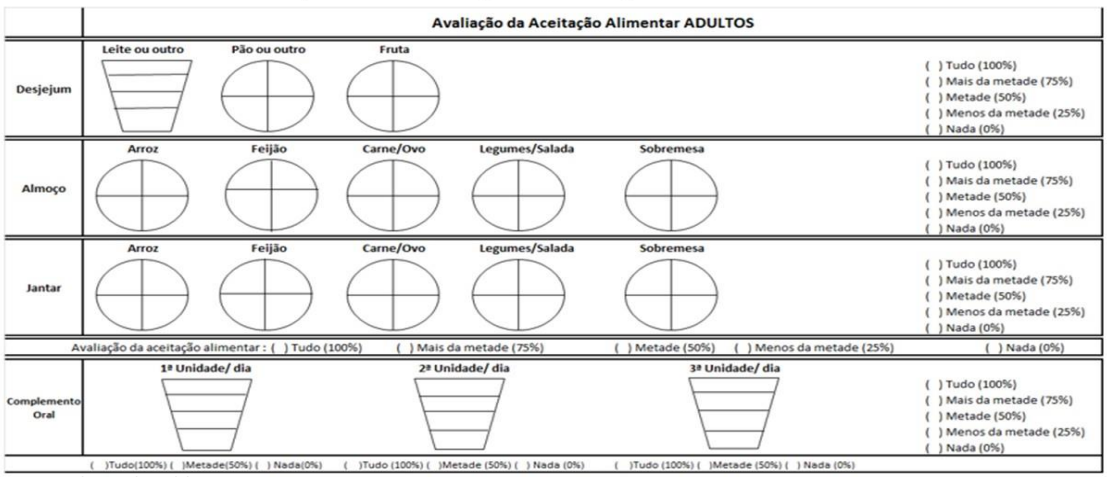
Fonte: HCFMUSP, 2017.

Impresso de avaliação da aceitação alimentar de crianças e adolescentes



Fonte: HCFMUSP, 2017.

Impresso de avaliação da aceitação alimentar de adultos

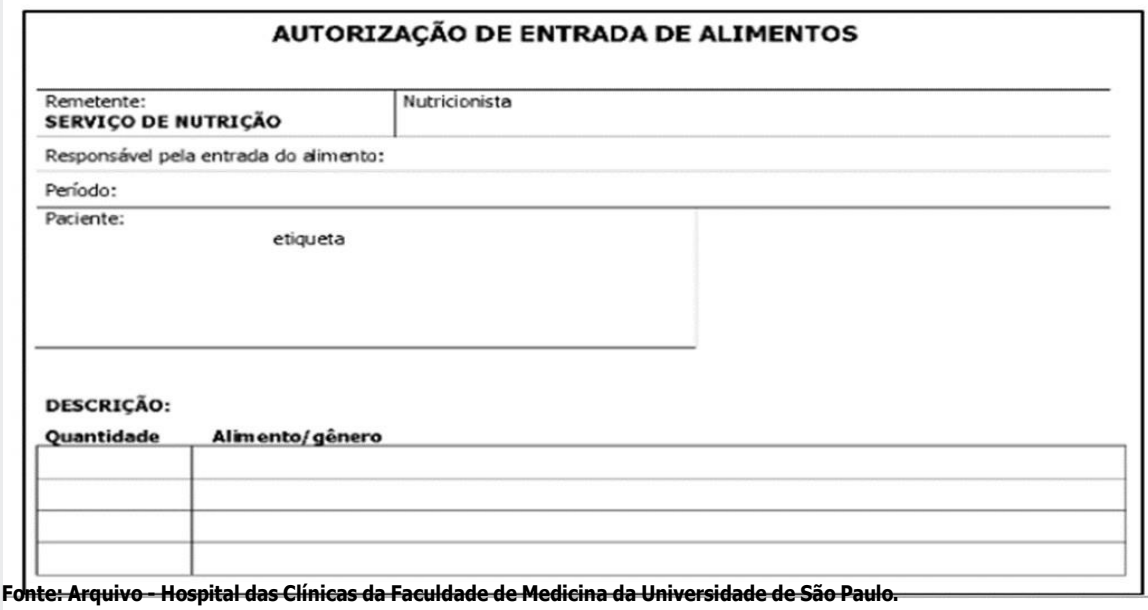


Fonte: HCFMUSP, 2017.

Fórmulas infantis ou dieta por enteral: consultar o controle de enfermagem referente ao dia anterior para obter o volume ingerido ou administrado nas 24 horas; registrar no prontuário eletrônico.

Liberação de entrada de alimentos/produtos externos: Caso durante a internação do paciente (lactante, criança, adulto, idoso) seja identificada necessidade de liberação de entrada de alimentos ou produtos externos para o consumo no hospital, o nutricionista realiza orientação aos familiares/acompanhantes sobre o fluxo de liberação, quanto aos detalhes da liberação (alimento/produto liberado, quantidade, período de liberação, manipulação/higienização/transporte adequados) e entrega impresso com orientações conforme Figura 4.

Figura 4. Impresso de autorização de entrada de alimentos/produtos externos.



AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA DE ALIMENTOS

Remetente: **SERVIÇO DE NUTRIÇÃO**	Nutricionista
Responsável pela entrada do alimento:	
Período:	
Paciente: etiqueta	

DESCRIÇÃO:

Quantidade	Alimento/gênero

Fonte: Arquivo - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Resultado Esperado

Verificar precocemente informações relevantes para a conduta nutricional.

Pontos Críticos/Riscos

Aplicação em tempo superior ao recomendado ou não aplicação.

Registro

Registrar as informações levantadas em prontuário .

Conceito

A avaliação nutricional clínica é utilizada para mensurar sinais e sintomas associados às possíveis alterações no estado nutricional. É uma avaliação nutricional que envolve a avaliação subjetiva do corpo, tais como cabelo, boca, pele, e outros (tabela 1), sendo utilizada em conjunto com a anamnese alimentar, avaliação antropométrica, dietética e bioquímica.

Finalidade

Padronizar a realização da avaliação nutricional clínica dos pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial.

Indicação

Pacientes em acompanhamento ambulatorial ou hospitalizados.

Contra indicação

Não há.

Competência

Nutricionista, enfermeiro, médico.

Material

Não há.

Descrição do procedimento

Pediatria e adulto

A avaliação clínica dos pacientes adultos e pediátricos contempla uma série de características, as quais estão figuras listadas abaixo.

- Avaliar os sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente (Tabela 1)

Tabela 1: Sinais e sintomas clínicos e necessidade de adequação nutricional.

Órgão	Sinais Clínicos	Necessidade de adequação nutricional
Boca	Estomatite, queilose Alteração de paladar Gengivite Alterações na língua	Vitaminas B2,B3, B6 Zinco Vitamina C e B2 Vitaminas B2, B3, B6, B9, B12 e ferro
Intestino	Constipação Sangue nas fezes Diarreia	Fibras e água Excluir leite de vaca (alergia à proteína do leite) Probióticos, água e eletrólitos
Bexiga	Alteração da coloração da urina	Hidratação
Unha	Listras, manchas, rugas, sinais de quebra	Ferro, proteína
Cabelo	Queda, despigmentação	Proteína, biotina
Olhos	Apatia, manchas de Bitot, xerose Descoramento Palidez	Vitamina A e zinco Ferro Ferro, Vit. B12, Vit. B9
Pele	Edema Acantose Xantoma Lesão por pressão	Proteína Fibras, calorias Ômega-3, fibras Proteína

Fonte: Adaptado de Shils ME et al., 2003.

Tabela 2: Principais fontes de vitaminas

Vitaminas	Principais fontes
Vitamina A	Fígado, ovos, vegetais folhosos verde-escuros, frutas amarelas e/ ou verde-escuros
Vitamina D	Leite, sardinha, salmão
Vitamina E	Óleos vegetais, manteiga
Vitamina K	Gema de ovo, leite de vaca, abacate, figo, kiwi, ameixa, amora, espinafre
Vitaminas do complexo B	Carnes vermelhas, legumes, cereais integrais, gema de ovo, fígado, queijo, ovos, germe de trigo, vegetais verde-escuros.
Vitamina C	Acerola, laranja, abacaxi, batata

Fonte: Waitzberg DL, 2017

Tabela 3: Principais minerais e suas fontes

Minerais	Principais fontes
Sódio	Alimentos proteicos animais, espinafre, sal de cozinha
Potássio	Laranja, melão, batatas
Cloro	Carnes vermelhas e brancas, espinafre, sal de cozinha
Cálcio	Leite, queijo, couve
Fósforo	Carnes vermelhas e brancas, leguminosas, amêndoa
Magnésio	Legumes, maçã, nozes
Ferro	Carnes vermelhas, miúdos, leguminosas, frutas secas
Zinco	Fígado, cereais integrais, lentilha
Flúor	Chá
Iodo	Ostras, sal iodado

Fonte: Waitzberg DL, 2017

- Para avaliação do hábito intestinal, utiliza-se a escala de Bristol (Figura 1).

Figura 1: Escala de Bristol.

Fonte: Mahan LK et al., 2018.

- Para avaliação da coloração da urina, utiliza-se a escala de Armstrong (Figura 2).

Figura 2: Escala de Armstrong.

Resultado esperado

Resultado subjetivo do estado nutricional.

Pontos críticos/riscos

Experiência e treino na identificação dos sinais e sintomas clínicos.

Registro

Descrição subjetiva no prontuário do paciente.

Conceito

Avaliação nutricional bioquímica é a análise por meio de exames bioquímicos (sangue/urina) específicos, relacionados ao metabolismo do paciente que contribuem para a avaliação nutricional.

Finalidade

Padronizar a avaliação nutricional bioquímica de pacientes internados ou em ambulatório.

Indicação

Pacientes em acompanhamento ambulatorial ou hospitalizados.

Contra indicação

Não há.

Competência

Nutricionista.

Material

Computador – acesso no sistema de informação eletrônico.
Prontuário eletrônico do paciente.

Descrição do procedimento

Pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial, possuem exames bioquímicos que ficam armazenados no sistema de informação eletrônico.

A avaliação nutricional bioquímica consiste em analisar os exames específicos de sangue e/ou urina (hemograma, albumina, Proteína C-Reativa, etc) que são indicadores bioquímicos relacionados ao estado nutricional do paciente, como complemento dos dados de história clínica e alimentar, exame físico e antropométrico.

No atendimento a paciente internado ou ambulatorial, o nutricionista deve:

- Pesquisar por meio do número de registro do paciente no sistema de informação eletrônico;
- Selecionar exames bioquímicos pertinentes ao quadro clínico do paciente de acordo com a Tabela 1;
- Os dados devem ser registrados na evolução do paciente em prontuário eletrônico;
- O nutricionista interpreta os exames de acordo com os valores de referência para faixa etária e determina a conduta (sugestões de conduta conforme tabela 2).

Tabela 1. Interpretação de exames laboratoriais.

Parâmetro laboratorial	Valor de referência (HCMED)	Interpretação
Hemácias ou Eritrócitos	4,5 - 6,5 milhões/mm³	Pode estar elevado em quadros de diarreia, desidratação, queimaduras, policitemia vera, cardiopatia crônica, acidose metabólica. E reduzido nas anemias, leucemia, hemorragias intensas, infecções graves.
Hematócrito	40 - 52%	É influenciado pelo estado de hidratação, pode estar aumentado nos quadros de desidratação, hipovolemia, queimaduras, diarreia, vômitos intensos. E reduzida nas anemias, leucemia, infecções, hipervolemia, anasarca.
Hemoglobina	13,5 - 17,5 g/dL	Valores podem estar elevados ou diminuídos em todas as condições que determinam aumento e redução de hemácias. A redução também pode indicar anemia.
Leucócitos	4 a 11 mil/mm³	A leucocitose pode indicar inflamação, infecção ou leucemia. E a leucopenia pode indicar redução na produção ou aumento da destruição celular, infecções.
Neutrófilos	40 - 75 % / 2,5 - 7,5 mil/mm³	A neutrofilia pode indicar inflamação, infecção, leucemia. E a neutropenia pode indicar infecção, inibição medula óssea, QT.
Plaquetas	150 - 400 mil/mm³	Trombocitose pode indicar aumento da produção, hemorragias, fraturas ósseas, trombose vascular, lesões endoteliais. E a trombocitopenia pode indicar redução da produção medular, aumento da destruição, aumento do sequestro esplênico. Precaução da mobilização do paciente pois há maior risco para sangramentos.
Ferritina	Acima de 20 anos: 30 - 400 ng/mL	Pode estar aumentada nos quadros de câncer, doença hepática, inflamação, sobrecarga de ferro. E níveis reduzidos podem significar deficiência de ferro (teste mais sensível para identificar depleção dos estoques). É um dos melhores marcadores para avaliação do estado de ferro corporal, porém é uma proteína de fase aguda, portanto sua avaliação não deve ser isolada.
Transferrina	200 a 360 mg/dL	Apresenta níveis elevados se carência de ferro (os níveis normalizaem quando a carência é suprida), talassemia, hemocromatose, hepatite aguda. E reduzida nas infecções crônicas, neoplasias, hepatopatia crônica, sepse, mal absorção, doenças vasculares e sobrecarga de ferro. É uma proteína de síntese essencialmente hepática, relacionada com o transporte sérico de ferro com meia-vida de 7 a 8 dias (inferior à albumina), sendo mais sensível em desnutrição aguda e no controle de intervenções dietoterápicas.
Glicose (Jejum 8 horas)	Adultos: 70 a 99 mg/dL Crianças: 60 a 110 mg/dL Recém-nascidos: 1 dia: 40 a 60 mg/dL > 1 dia: 50 a 80 mg/dL	Valores aumentados estão relacionados a hiperglicemia e podem gerar complicações renais, cardiovasculares, oculares, dentre outras. Em pacientes graves e desnutridos a hiperglicemia promove um estado inflamatório adicional, aumentando o catabolismo proteico e mascarando o benefício do aumento da oferta calórica. A hipoglicemia pode induzir a secreção de insulina e exacerbar a hipocalemia. Avaliar condição clínica (uso de medicação ou estado metabólico?) e necessidade de início de dieta para Diabetes

Hemoglobina Glicada	Não diabéticos: 4,1 a 6,0 % Diabéticos: 7%	Níveis elevados refletem as taxas médias de glicose dos últimos 60 dias. Avaliar condição clínica, glicose em jejum (uso de medicação ou estado metabólico?) início de dieta DM.
Proteínas Totais	6,6 a 8,7 g/dL	Pode indicar inflamação, doenças hepáticas e doenças renais. Avaliar aporte nutricional.
Albumina	3,4 a 3,9 g/dL	Parâmetro pode auxiliar na avaliação da inflamação. Avaliar aporte nutricional.
Proteína C-reativa	< 5,0 mg/L	Níveis elevados nos pós-operatórios, infecções, infarto agudo do miocárdio e neoplasias.
Lipoproteínas de baixa densidade - LDL	Acima de 20 anos: Ótimo: <100 mg/dL Desejável: 100-129 mg/dL Limítrofe: 130-159 mg/dL Alto: 160-189 mg/dL Muito elevado: ≥190 mg/dL	Fração mais aterogênica por conter 60 a 70% do colesterol total. Superior a 160mg/dL caracteriza a hipercolesterolemia.
Lipoproteínas de alta densidade - HDL	Acima de 20 anos: Desejável: >40 mg/dL.	Fração contém 20 a 30% de colesterol sendo a mais rica em proteína. Se níveis reduzidos pode indicar sedentarismo, tabagismo, DM, obesidade, genética e fármacos.
Lipoproteínas de muito baixa densidade - VLDL	Acima de 20 anos: Desejável: <30 mg/dL	Fração mais rica em triglicerídeos. Em casos com níveis elevados pode apresentar maior risco para formação de placas de ateroma. Geralmente associado a níveis de Triglicérides altos.
Triglicérides - TG	Acima de 20 anos: Desejável: <150 mg/dL	Níveis elevados em hipoparatireoidismo, síndrome nefrótica, DM e em pancreatite aguda
Amilase	28 a 100UI/L	Esta enzima se eleva rapidamente em caso de aparecimento de Pancreatite Aguda biliar.
Lipase	13 a 60 UI/L	Valores aumentados ocorrem mediante dano pancreático. Pode estar alterada quando em uso de medicamentos (codeína, morfina).
Fosfatase Alcalina (FA)	Homens: 40 a 129 UI/L Mulheres: 35 a 104 UI/L	Valores moderadamente elevados (até 2 vezes) podem aparecer em lesões como hepatite e cirrose. Valores mais altos (cerca de 10 vezes) podem corresponder a obstruções extra-hepáticas, vias biliares, colestase e cirrose biliar. Avaliar necessidade de dieta hipogordurosa.
Gama Glutamil Transferase (GGT)	Homens: 8 a 61 UI/L Mulheres: 5 a 36 UI/L	Valores aumentados: colestase e obstrução biliar extra-hepática. Alteração isolada pode indicar consumo ativo etanol.
Alanina Aminotransferase (ALT)	Homem: inferior a 41 UI/L Mulher: inferior a 31 UI/L	Níveis elevados podem indicar lesão hepática precoce. E pode estar reduzida quando há recuperação hepática ou destruição maciça dos hepatócitos (lesão avançada)
Aspartato Amino Transferase (AST)	Homens: inferior a 37 UI/L Mulheres: inferior a 31 UI/L	Níveis elevados podem indicar lesão hepatocelular mais grave com necrose.
Creatinina	Homens: 0,7 a 1,2 mg/dL Mulheres: 0,5 a 0,9mg/dL	É utilizada para estimar filtração glomerular. Níveis elevados pode sugerir disfunções renais. Este parâmetro não deve ser avaliado isoladamente e não é influenciado diretamente com a ingestão proteica.
Uréia	10 a 50 mg/dL	Indicador de função renal, níveis elevados podem sugerir disfunções renais, porém não deve ser utilizado isoladamente. O parâmetro pode ser influenciado pelo consumo de proteínas, pelo catabolismo tecidual, sangramento gastrintestinal, febre, corticoesteróides e função hepática.
Fósforo (P)	2,7 a 4,5 mg/dL	Níveis reduzidos pode indicar osteomalácia ou raquitismo. E níveis aumentados podem indicar calcificação dos tecidos, Insuficiência Renal Crônica e hipopartireoidismo. Pode auxiliar no diagnóstico de lise tumoral.
Sódio (Na)	135 a 145 mEq/L	Parâmetro não está diretamente relacionado à ingestão deste mineral. Pode ser utilizado para diagnóstico e tratamento de desidratação e hiperidratação. Níveis elevados podem indicar desidratação hipertônica, Diabetes insipidus, diálise hipertônica, fístulas, febre. Níveis reduzidos podem indicar Nefropatias, insuficiência cardíaca, alterações hormônio antidiurético, diarréia, cetoacidose diabética. Acompanhar necessidade de restrição hídrica ou maior hidratação conforme quadro clínico do paciente.
Potássio (K)	3,5 a 5,0 mEq/L	Parâmetro não está diretamente associado ao consumo deste mineral. Níveis elevados podem ocorrer na excreção renal diminuída, grandes cirurgias, lise tumoral, hemorragia digestiva. Níveis reduzidos podem ocorrer se há alcalose, neutropenia, farmácos (diuréticos), vômitos, diarréia. Pode ser utilizado como parâmetro para risco cardiovascular. Deve-se acompanhar o uso de diuréticos, cetoacidose diabética, nefropatias e insuficiência hepática.
Magnésio (Mg)	Acima de 20 anos: 1,58 a 2,55 mg/dL	A deficiência pode levar à disfunção cardíaca e complicações neuromusculares.

Tabela 2. Condutas sugeridas após avaliação dos exames bioquímicos.

Parâmetro Laboratorial	Conduta Sugerida
Marcadores de deficiência de ferro	Se aumento da transferrina, redução da Ferritina e diminuição da Hemoglobina, adaptar dieta para anemia.
Glicemia e Hemoglobina Glicada	Avaliar condição clínica (uso de medicação ou estado metabólico) e necessidade de início de dieta para Diabetes
Enzimas pancreáticas	São utilizadas como marcadores de inflamação pancreática, podem estar elevadas nas doenças do trato biliar, em caso de oclusão ou isquemia intestinal, apendicite aguda, insuficiência renal, abuso de álcool, em pacientes críticos que apresentem isquemia, em uso de fármacos, alterações metabólicas, acamados e com nutrição parenteral. Recomenda-se acompanhar também alteração de glicemia e verificar indicação de dieta hipogordurosa.
Enzimas hepáticas (GGT, ALT, AST)	Enzimas hepáticas elevadas podem indicar dano hepático. Verificar indicação de dieta hipogordurosa.
Alterações de eletrólitos (P, K, Mg)	Avaliar risco para Síndrome de Realimentação principalmente nos casos de redução dos níveis destes parâmetros (isolados ou não) logo após início de oferta calórica em pacientes que permaneceram longos períodos com aporte nutricional insuficiente. Nestas situações,deve-se iniciar com aporte de 10 a 20 kcal nas primeiras 24 horas e progressão de 33% da dieta a cada 1 a 2 dias com monitoramento regular dos eletrólitos e reposição se necessário.
Alterações de vitaminas e minerais	Garantir oferta diária recomendada por meio da alimentação regular com alimentos fonte e/ou ricos nas vitaminas e minerais. Em caso de jejum ou deficiência, avaliar introdução de suplementação.
Alterações da função renal (Creatinina, Ureia, K, P)	Avaliar nível de disfunção renal e tratamento realizado (lesão renal aguda, doença renal crônica dialítica ou em tratamento conservador). Se níveis elevados, atenção à necessidade de restrição de alimentos ricos em potássio e/ou fósforo, restrição proteica e de ingestão hídrica.
Alteração de neutrófilos	A dieta para neutropenia ou com baixo exposição a bactérias é definida por limitar frutas e vegetais crus e têm sido recomendada para prevenir infecção de pacientes com neoplasias malignas, especialmente, aqueles submetidos a transplante de medula óssea. Entretanto, a literatura científica é limitada para recomendar esta restrição alimentar. Nestes casos, recomenda-se a orientação para correta higienização, manipulação e armazenamentos dos alimentos e preparações.
Dislipidemias (alterações em colesterol total e frações)	Avaliar tipo de alteração lipídica e os fatores metabólicos associados (presença de Diabetes Mellitus, obesidade, etc) para determinar dietoterapia indicada que pode abranger restrição de alimentos ricos em ácidos graxos saturados e trans, bem como, alimentação com quantidade balanceada de carboidratos e dieta rica em fibra solúvel e oferta de alimentos fonte de ômega 3.

Fonte: Adaptado de Yonamine GH et al., 2014; Calixto-Lima L et al., 2012; Duarte ACG, 2007; Waitzberg DL, 2017; da Silva JSV et al., 2020; Ligibel JA et al., 2022.

Resultado Esperado

Avaliação nutricional bioquímica e estabelecimento de conduta nutricional pelo nutricionista de acordo com os valores de referência dos exames bioquímicos.

Pontos Críticos/Riscos

Nutricionista não treinado para avaliação dos exames e determinação de conduta.
Ausência de verificação dos exames pelo nutricionista.

Registro

Registrar o atendimento nutricional no prontuário eletrônico do paciente.

Conceito

Consiste na orientação relacionada ao tipo de alimentação que o paciente deverá seguir em casa, após a alta hospitalar até o retorno ambulatorial, quando houver.

Finalidade

Orientar o paciente quanto à alimentação por via oral e/ou enteral.

Indicação

Pacientes em terapia nutricional ou dietoterapia específica ou quando houver solicitação de orientação nutricional.

Contra indicação

Não se aplica.

Competência

Nutricionistas, residentes ou estagiários de nutrição devidamente treinados.

Material

- Impressos de orientação nutricional elaborados pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

Descrição do procedimento

Verificar os pacientes que estão de alta (notificação pela enfermagem ou médico ou anotação no censo ou em prontuário eletrônico do paciente e necessidade de orientação nutricional);
Em caso de orientação nutricional de alta, cujo paciente sairá com dieta enteral, verifica-se se o mesmo e/ou familiar possui instruções para leitura das orientações. Em caso afirmativo fornecer impresso de orientação de alta;
Checar se o paciente e/ou responsável compreendeu as orientações fornecidas e esclarecer as dúvidas;
Verificar os critérios para encaminhamento ao ambulatório de nutrição, conforme os procedimentos institucionais.

Resultado Esperado

Paciente e familiares orientados sobre a alimentação a ser seguida para dar continuidade no cuidado em casa.

Pontos Críticos/Riscos

O serviço de nutrição não ser notificado da alta hospitalar e o paciente sair sem orientação nutricional.
Orientação nutricional realizada por profissional não treinado.
Paciente e/ou familiar não compreender a orientação nutricional, principalmente, quando faz uso de dieta enteral.

Registro

O nutricionista ou residente ou estagiário de nutrição registra a orientação nutricional no prontuário eletrônico do paciente.

Referências

Academy Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2017 Standards of Practice in Nutrition Care and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists. J Acad Nutr Diet. 2018 Jan;118(1):132-140.e15.

Atalah SE, Castillho LC, Castro SR, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Rev Méd Chile. 1997;125(12):1429-36.

Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci, M de F N. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1929-1938, nov-dez, 2005.

Blackburn GL, Thornton BR. Nutritional assessment of the hospitalized patient. Med Clin North Am. 1979;63:1103-5.

Calixto-Lima L, Reis NT. Interpretação de Exames Laboratoriais aplicados à Nutrição Clínica. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2012.

Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc. 1988;88(5):564-8.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução n.600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resoluçoes/Res_600_2018.htm (acesso junho.2023).

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010;39(4):412-23.

Cuppari L. Nutrição clínica do adulto - Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri, SP: Manole; 2002.

Devine BJ. Gentamicin therapy. Drug Intell Clin Pharm. 1974;8:650-5.

Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. BRASPEN J 2019; 34 (Supl 3):2-58.

Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978 May 26;200(4344):856-64.

Duarte, ACG. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu; 2007.

Fess E. Grip strength. In: Casanova JS, edit ment recommendations. 2ª ed. Chicago:

American Society of Hand Therapists; 1992. p.41-5.

Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1999.

Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr. 1981;34(11):2540-5.

Gandolfo AS, Zamberlan P, Silva APA, Pinelli DPS, Feferbaum R. Algoritmos de nutrição enteral na pediatria. São Paulo: ILSI Brasil-International Life Sciences Institute do Brasil; 2017. v6.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Quem somos. Disponível em: https://www.hc.fm.usp.br/hc/o-hospital/quem-somos (acesso 25 maio 2023).

Hospital das Clínicas - Divisão de Laboratório Central. Manual de Exames. Disponível em:http://dlc.edm.org.br/app/exames.aspx?pa=PS. (acesso 12 jun 2023).

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Guia de Terapia Nutricional Enteral. São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2017.

Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr. 2010;29:106-11.

Institute of Medicine, National Research Council, Food and Nutrition Board. Nutrition During Pregnancy. Part I: Weight Gain. Part II: Nutrient Supplements. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

Jellife DB. The assessment of nutritional status of the community. Genebra: World Health Organization; 1966.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

Krondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2003; 22(4):415-21.

Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, et al. Bioelectrical impedance analysis – part I: review of principles and methods. Clin Nutr. 2004;23:1226-43.

Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, et al. Bioelectrical impedance analysis - part II: utilization in clinical practice. Clin Nutr. 2004;23:1430-53.

Lahner CR. Adult weight measurement: de[illegible]nology used in literature. S Afr J Clin Nutr.

1712

2019;32(2):28-31.

Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. J Appl Physiol (1985). 2003;95(5):1851-60.

Ligibel JA, Bohlke K, May AM, Clinton SK, Demark-Wahnefried W, Gilchrist SC, Irwin ML, Late M, Mansfield S, Marshall TF, Meyerhardt JA, Thomson CA, Wood WA, Alfano CM. Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2022;40(22):2491-507.

Mahan LK, Raymond JL. Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia. 14ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20:583-9.

Martins C. Antropometria. Instituto Cristina Martins 2009; 1:8. Disponível em:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2191654/mod_resource/content/1/Modulo_2-_antropometria.pdf (acesso junho 2023).

Materese LE. Nutrition support handbook. Cleveland: The Cleveland Clinic Foundation; 1997. p.45-62.

Mitchell CO, Lipschitz DA. Arm length measurement as an alternative to height in nutritional assessment of the elderly. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1982;6(3):226-9.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica-INCA. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica salud beinestar y envejecimiento (SABE) en América Latina el Caribe: InformePreliminar [Internet]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002. Disponible: www.opas.org/program/sabe.htm.

Osterkamp LK. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees. J Am Diet Assoc. 1995;95(2):215-8.

Porter ME. What Is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010 Dez;363(26):2477-81.

Rabito EI,Vannucchi GB, Suen VMM, Castilho LL, Marchini JS. Weight and height prediction of immobilized patients. Rev Nutr. 2006;19(6):655-61.

Roberts HC, Denison HJ, Martin HJ, Patel [illegible] ooper C, et al. A review of the

measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. Age Ageing. 2011;40(4):423-9.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.

Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):126-34.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Nutrologia; 2009.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de suporte nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Nutrologia; 2019.

Santana TC, Mello DB, Alias A, Maia-Junior LMM, Mainenti MRM. Nível de hidratação hídrica dos atletas da seleção brasileira militar de futebol: comportamento semelhante nas diferentes posições da equipe. Rev Bras Futebol. 2017;8(2):24- 35.

Schlüssel MM, dos Anjos LA, de Vasconcellos MT, Kac G. Reference values of handgrip dynamometry of healthy adults: a population-based study. Clin Nutr. 2008;27(4):601-7.

Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença. 9ª ed. Barueri: Manole; 2003.

Stevenson RD. Use of segmental measures to estimate stature in children with cerebral palsy. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:658-62.1.

World Health organization (WHO). Obesity: preventing a managing the Global Epidemic. Geneva: World Health organization; 2000. (Série de Relatos Técnicos; 897). p.5-15: The problem of overweight and obesity.

World Health organization (WHO). WHO growth charts. The WHO child growth standards. Geneva: World Health Organization;2006. Available from: www.who.int/childgrowth/standars. (acesso 12 junho 2023).

World Health organization (WHO). WHO growth charts. In: The WHO child growth standards.World Health Organization. 2007. Available from: www.who.int/childgrowth/standars. (acesso 12junho 2023).

World Health Organization. WHO child growth standards : head circumference-for-age, armcircumference-forage, triceps skinfold- capular skinfold-for-age : methods and development. 2007. Available from: https ublications/i/item/9789241547185

Waitzberg DL, Dias MCG. Guia básico de terapia nutricional. Manual de boas práticas. São Paulo: Atheneu; 2007.

Waitzberg, DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

Waitzberg DL, Dias MCG, Ozorio GA, Manual de boas práticas em terapia nutricional enteral e parenteral: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), 3 ed. - Rio de Janeiro: Atheneu, 2022.

Wong S, Derry F, Jamous A, Hirani SP, Grimble G, Forbes A. Validation of the spinal nutrition screening tool (SNST) in patients with spinal cord injuries (SCI): result from a multicentre study. Eur J Clin Nutr. 2012;66:382-7.

Yonamine GH, Zamberlan P, Delgado AF. Avaliação bioquímica. In: Silva AAP, Nascimento AG, Zamberlan P. Manual de dietas em Pediatria. São Paulo: Atheneu; 2014. p.93-105

Yonamine GH, Zamberlan P. Avaliação da alimentação. In: Silva AAP, Nascimento AG, Zamberlan P. Manual de dietas em Pediatria. São Paulo: Atheneu; 2014. p.77-92.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Passagem de Plantão	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Nutricionista RT Nutricionistas Clínicas SCIRAS		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

23 set 2024 15:14:47 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

24 set 2024 09:06:32 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

24 set 2024 09:06:38 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 580b3201c98 431f2138d6b657bfa3b2b7829b3d5cce24e0
https://valida.ae/cb0d0606c 13018ca894ba6b15ca71a70

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
SERVIÇO SOCIAL

Logo da unidade/ município	**ENTREVISTA SOCIAL DO PACIENTE**	BHCL

DADOS DO PACIENTE / CLIENTE					
Nome do Paciente / Cliente:					**RH:**
Data de Nascimento:	**Idade:**	**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino	**Estado Civil:**	**Religião:**	**Grau de Escolaridade:**
PROCEDÊNCIA					
Cidade onde mora:	**UF:**	**Cidade Anterior:**	**UF:**	**( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana**	
Está no município apenas para tratamento? ( ) Sim ( ) Não _____					
SITUAÇÃO PROFISSIONAL E PREVIDENCIÁRIA					
Profissão:		( ) Empregado ( ) Desempregado			**Há quanto tempo?**
Vínculo Previdenciário ( )Sim_____ ( )Não		**Vínculo Trabalhista** ( ) Sim ( ) Não_____		**Gozo de benefício INSS** ( ) Sim _____ ( ) Não	
BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS					
( ) Sim ( ) Não Qual?		**Valor**	**Tempo**	**Acompanhamento com S.Social em Rede**	

COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
Nome	**Grau Parentesco**	**Idade**	**Renda**	**Ocupação**

SITUAÇÃO HABITACIONAL	
Tipo de Imóvel ( )próprio ( )financiado ( )alugada ( )invadido ( )cedida _____ ( )sem residência fixa ( )instituição de acolhimento	
Condição de Moradia ( ) casa ( )apartamento ( ) outros _____ ( ) alvenaria ( ) madeira	**Número de cômodos** _____ ( )Sala ( )Cozinha ( )Quarto ( )Outros
Infraestrutura ( ) água encanada ( ) luz elétrica ( ) poço ( ) fossa ( ) pavimentação ( ) rede de esgoto	
Instalação sanitária ( ) interna ( ) externa ( ) individual ( ) coletivo	**Dejetos** ( ) limpeza pública ( )aterro ( ) enterrado ( ) outros

ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
Existe centro de saúde em seu bairro? ( ) Sim Qual? _____
( ) Não Qual o mais próximo? _____

CÓPIA CONTROLADA

Logo da unidade/ município	**ENTREVISTA SOCIAL DO PACIENTE**	BHCL

Familiar ou amigo que proporciona maior apoio para o seu tratamento: _____

Meio de Transporte Utilizado:

( ) próprio ou particular ( ) municipal ( ) coletivo ( ) outros _____

Responsável pelas informações:

Observações Gerais: _____

Data:
_____/_____/_____

_____
Serviço Social
Assinatura e carimbo

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Prestar assistência aos familiares e rede de apoio e promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Censo via Sistema XXX;
Código de Ética Profissional do Serviço social,
Registro de estatística do atendimento social via sistema XXX;
Formulário – Relatório de atividades diárias do Serviço social;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

P.S.: Pronto Socorro

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

Procedimentos:

1. Acolhimento junto a familiares/rede de apoio social/acompanhante de usuário que veio a óbito.
2. Caso seja necessário, facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação do óbito.
3. Contato com a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para obtenção de auxílio-funeral e demais benefícios disponíveis.
4. Orientação sobre trâmites legais gerais e obtenção da Certidão de Óbito no prazo máximo de 15 dias.

CÓPIA CONTROLADA

Nota: A comunicação do óbito **não** é de responsabilidade do Assistente Social.

5.3 – Resultados Esperados:

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério da unidade.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 03/04/2023
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 03/04/2023
Diretoria de RH	Data: 03/04/2023
Diretoria Assistencial	Data: 03/04/2023
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 03/04/2023

CÓPIA CONTROLADA

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	SERVIÇO SOCIAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
	Código: POP.SEDE.SSO.001	Versão: 00	Página: 1 de 4	

1 – OBJETIVO

Priorizar o atendimento aos pacientes avaliados com maior risco e/ou vulnerabilidade social e daqueles que buscam diretamente o Serviço Social, bem como aqueles encaminhados pela Equipe Multiprofissional da Unidade, e promover a contrarreferência para a Atenção Primária.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do Paciente do Hospital
Prontuário do Paciente;
Censo via Sistema XXX;
Código de Ética Profissional do Serviço social,
Registro de estatística do atendimento social via sistema XXX;
Formulário - Relatório de anamnese social;
Formulário - Comunicado interno;
Formulário – Relatório de atividades diárias do Serviço social;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

UPA: Unidade de Pronto Atendimento
P.S.: Pronto Socorro

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

No desempenho de suas atividades, nas UPA, os Assistentes Sociais adotam os serviços e procedimentos a seguir relacionados.

Serviços:

- Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes;

CÓPIA CONTROLADA

- Atender pacientes, familiares e acompanhantes;
- Discutir casos com equipe multiprofissional;
- Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania;
- Sensibilizar sobre aspectos que interferem no processo saúde/doença;
- Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais;
- Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Acompanhar os casos mais graves de pacientes reincidentes;
- Registrar no prontuário do paciente as evoluções sociais;
- Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade;
- Apresentar estatísticas mensais dos atendimentos do Serviço Social;
- Supervisionar estágio em Serviço Social.

Procedimentos:

- Mapear a rede de serviços socioassistenciais;
- Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- Realizar abordagem socioeducativa a pacientes e/ou familiares para adesão ao tratamento;
- Encaminhar paciente à equipe multiprofissional da Unidade;
- Verificar a rede referenciada para atendimento ao paciente;
- Realizar encaminhamentos para a rede socioassistencial (isenção para segunda via de documentos de identificação, acolhimento, benefícios sociais, direitos previdenciários, trabalhistas e seguros sociais (DPVAT) e a própria rede de saúde (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Atenção Básica, entre outros);
- Realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Central Judicial do Idoso, entre outros);
- Localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem na UPA desacompanhados;
- Realizar visitas domiciliares e institucionais;
- Acionar os serviços de apoio à população em situação de rua;
- Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos, conforme fluxo de atendimento à violência;
- Elaborar relatórios e pareceres sociais.

5.3 – Resultados Esperados: usuário, seus familiares e a rede de apoio se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

CÓPIA CONTROLADA

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério da unidade.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota₁: Paciente idoso sem acompanhante, realizar busca ativa da família, e em caso de abandono familiar acionar o Ministério Público por meio de ofício.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 28/01/2023
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 28/01/2023
Diretoria de RH	Data: 28/01/2023
Diretoria Assistencial	Data: 28/01/2023
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 28/01/2023

CÓPIA CONTROLADA

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Realizar anamnese social garantindo maior conhecimento do cenário social do paciente e viabilizando os encaminhamentos e orientações necessárias ao paciente, família/responsável.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do Paciente do Hospital
Prontuário do Paciente;
Censo via Sistema XXX;
Código de Ética Profissional do Serviço social,
Registro de estatística do atendimento social via sistema XXX;
Formulário - Relatório de anamnese social;
Formulário - Comunicado interno;
Formulário – Relatório de atividades diárias do Serviço social;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

UTI: Unidade de Terapia Intensiva,
CI **–** Comunicação interna,
CREFES – Centro de reabilitação fisioterapia do Espírito Santo
NRE – Núcleo Regional de Especialidades
CRAS – Centro de Referencia de Assistência Social

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O assistente social deve:

1º Passo: Receber a solicitação de atendimento ao paciente pelo médico e/ou enfermagem, via parecer, e

CÓPIA CONTROLADA

também por busca ativa;

2º Passo: Direcionar-se a unidade de internação ou ao serviço de atendimento, onde estiver o paciente, para tomar ciência do quadro clínico/diagnóstico do mesmo, através do prontuário e também da equipe multiprofissional;

3º Passo: Realizar visita ao leito, apresentando-se e fazendo esclarecimentos, orientações e encaminhamentos, com relação ao atendimento social e suas demandas;

4º Passo: Identificar a demanda social;

5º Passo: Realizar os encaminhamentos e orientações necessárias nos casos de paciente em vulnerabilidade social, às famílias e aos pacientes;

6º Passo: Registrar no prontuário do paciente, os atendimentos e encaminhamentos realizados, sempre mantendo o sigilo e a integridade do paciente.

7º Passo: Retornar as unidades de internação, para dar ciência à equipe de enfermagem que o paciente está sendo acompanhado pelo serviço.

5.3 – Resultados Esperados: realizar anamnese de forma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota₁: Paciente idoso sem acompanhante, realizar busca ativa da família, e em caso de abandono familiar acionar o Ministério Público por meio de ofício.

CÓPIA CONTROLADA

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022

Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Garantir ações para atendimento social, aos pacientes, vítima de agressão física, moral e/ou sexual.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Código de Ética Profissional do Assistente Social; Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso; Lei Maria da Penha; Formulário: Investigação individual/Ficha de notificação; Prontuário do Paciente; Censo; Formulário: Comunicado interno;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

CI **–** Comunicado interno; PAVIVIS – Programa de atendimento as vítimas de violência sexual; DPCA - Delegacia de Proteção a Criança e o Adolescente; CEDDIPI **-** Conselho Estadual de defesa dos direitos da pessoa idosa; CONDEF **–** Conselho Estadual da pessoa com deficiência; CREAS – Centro de Referência especializado da Assistência social.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:
O Assistente Social deve:

1º Passo: Receber CI, parecer ou expressado verbalmente, referente à demanda de quais pacientes, necessitam de atendimento Social;
2º Passo: Direcionar-se a unidade de internação ou ao serviço de atendimento, onde estiver o paciente, para tomar ciência do quadro clínico/diagnóstico dele, através do prontuário e da equipe multiprofissional;
3º Passo: Realizar visita ao leito, apresentando-se e fazendo esclarecimentos, orientações e encaminhamentos, com relação ao atendimento social e suas demandas;
4º Passo: Registrar no prontuário do paciente, os atendimentos e encaminhamentos realizados, sempre

CÓPIA CONTROLADA

mantendo o sigilo e a integridade do paciente.

5º Passo: Retornar as unidades de internação, para dar ciência a equipe de enfermagem que o paciente está sendo acompanhado pelo serviço.

5.3 – Resultados Esperados: realizar atendimento a pacientes de forma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota₁: O paciente, vítima de agressão física, moral ou sexual, poderá ser encaminhado de acordo com suas necessidades. (Delegacia da Mulher, Ministério Público, CREAS, PAVIVIS, Casas de Abrigo para mulheres vítimas de violência, Conselho Estadual de defesa dos direitos da pessoa idosa, Delegacia de Proteção a Criança e o Adolescente, Conselho Estadual da pessoa com deficiência).

Nota₂: Quando solicitado pelo paciente, comunicar a coordenação de atendimento, para que seja notificado aos colaboradores da recepção central e de visitantes, via CI, que o agressor não está autorizado a realizar visitas aos pacientes.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Garantir a realização do procedimento de alta hospitalar do paciente, com liberação do leito.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Formulário: Comunicação Interna, prontuário do paciente, censo hospitalar, Formulário: Trato de alta hospitalar, Cadastro de atendimento de alta hospitalar da Prefeitura Municipal de Vitória, Formulário: Encaminhamento Social, Lista de telefone dos municípios, Declaração para paciente sair desacompanhado da instituição, livro ata de relatório de alta.

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

CI – Comunicação Interna.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Assistente Social deve:

1º Passo: Receber a CI, da equipe da unidade de internação;

2º Passo: Realizar visita ao leito para identificar o paciente que se encontra em alta hospitalar;

3º Passo: Verificar as condições físicas e motoras, ou seja, se o mesmo deambula, senta e/ou acamado, e apurar a procedência residencial do mesmo;

4º Passo: Preencher o formulário de trato de alta hospitalar;

5º Passo: Entrar em contato com os familiares via telefone, em caso de pacientes que tem condições próprias de remoção.

6º Passo: Contatar serviços de remoção dos municípios via telefone/fax, em casos de pacientes sem condições de transporte;

7º Passo: Preencher formulário de cadastro de atendimento de alta hospitalar, para a remoção dos munícipes

COPIA CONTROLADA

de (citar a cidade) e enviar via fax, através do número XXX;

8º Passo: Entrar em contato com as unidades de internação de origem;

9º Passo: Fazer a devolutiva registrada em prontuário, sobre a alta hospitalar do paciente, contendo os encaminhamentos realizados;

10º Passo: Relatar em caso de altas complexas livro Ata de relatório de alta hospitalar, do serviço social.

5.3 – Resultados Esperados: realizar tramites pós alta de forma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	LOCALIZAÇÃO DE FAMÍLIA		
	Código: POP.SEDE.SSO.005	Versão: 01	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Garantir ações para localizar familiares de paciente internado sem contato familiar ou em estado de abandono.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente Constituição Federal do Brasil, Código de Ética Profissional do Serviço Social, Lei Orgânica da Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Carta dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde (Ministério da Saúde), Política Nacional de Humanização (2003).

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Assistente Social deve:

1º Passo: Identificar situações de pacientes internados sem acompanhamento familiar e/ou contato telefônico;

2º Passo: Realizar busca ativa de familiares dos pacientes internados (sem visita, provenientes de outras instituições sem acompanhamento familiar, dentre outras questões);

3º Passo: Contatar o paciente a fim de coletar dados familiares, caso seja inviável, acionar os serviços assistenciais - Unidade de Saúde, Estratégia Saúde da Família, CRAS, e/ou jurídico de apoio (Conselho do Idoso, Ministério Público) para obter informações cadastrais sobre o paciente/ou família ou realizar busca ativa;

4º Passo: Acionar a família, por meio de contato telefônico, para obter informações inerentes ao paciente;

5º Passo: Informar sobre as questões inerentes do processo saúde-doença do paciente;

6º Passo: Solicitar a presença da família;

7º Passo: Informar a equipe assistencial sobre o andamento do caso;

CÓPIA CONTROLADA

8º Passo: Informar ao paciente sobre as providências realizadas;

9º Passo: Registrar o relato social no prontuário do paciente.

5.3 – Resultados Esperados: localizar família deforma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota: Quando necessário é elaborado relatório social.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Garantir atendimento social, aos pacientes, familiares e acompanhantes.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do Paciente; Folder das normas para Permanência do Acompanhante na UTI; Prontuário do Paciente; Censo via Sistema XXX; Código de Ética Profissional do Psicólogo; estatística mensal do atendimento do serviço social; Formulário - Comunicado interno;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

UTI: Unidade de Terapia Intensiva, CI **–** Comunicação interna, CREFFES – Centro de Reabilitação do Espírito santo , NRE – Núcleo Regional de Especialidades, CRAS – Centro de Referencia em Assistência Social.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O assistente social deve:

1º Passo: Receber CI, parecer ou expressado verbalmente, com a demanda de quais pacientes, familiares e/ou acompanhantes necessitam de atendimento social;

2º Passo: Direcionar-se a unidade de internação ou ao serviço de atendimento, onde estiver o paciente, familiar e/ou acompanhante, para tomar ciência do quadro clínico/diagnóstico do paciente, através do prontuário e também da equipe multiprofissional;

3º Passo: Realizar visita ao leito, apresentando-se e fazendo esclarecimentos, orientações e encaminhamentos, com relação ao atendimento social e suas demandas;

4º Passo: Atender a demanda espontânea, onde o paciente, familiar e ou acompanhante, se reporta diretamente ao profissional de Serviço Social;

5º Passo: Atender as demandas do familiar ou acompanhante, na sala do Serviço social, de segunda-feira à

CÓPIA CONTROLADA

sexta-feira, nos seguintes horários:

Manhã: 10h00 às 11h00

Tarde: 14h00 às 15h00

6 º Passo: Registrar o atendimento, no prontuário.

5.3 – Resultados Esperados: realizar atendimento social de forma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota₁: Após o atendimento social ao paciente, é registro no prontuário do paciente e no livro Ata do Serviço Social em casos mais complexos.

Nota₂: Em casos de necessidades, o atendimento é realizado em outros horários.

Nota₃: Encaminhar quando necessário, à rede de serviço do Estado, e também a redes e contatos Institucionais, bem como: CREFFES, CRE, CRAS, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, ABRIGO INSTITUCIONAL, entre outras.

Nota₄: Em caso de pacientes provenientes da UTI, que necessitem de atendimento social ou contatar a família, a equipe desta Unidade, entra em contato e solicita verbalmente ao assistente social, para que seja tomada as devidas providências.

Nota₅: Retorno do atendimento social às unidades de internação, com as devidas informações relacionadas à demanda social, pertinente ao paciente.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data:

CÓPIA CONTROLADA

	07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Proporcionar uma permanência segura e satisfatória ao cliente diante de interesse manifestado por ele ou seu familiar.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do Paciente do Hospital

Prontuário do Paciente;

Censo via Sistema XXX;

Código de Ética Profissional do Serviço social,

Registro de estatística do atendimento social via sistema XXX;

Formulário - Relatório de anamnese social;

Formulário - Comunicado interno;

Formulário – Relatório de atividades diárias do Serviço social;

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O assistente social deve:

1º Passo: Receber solicitação de atendimento

O Serviço social recebe a solicitação de atendimento através do paciente, familiar ou da equipe multiprofissional.

2º Passo: Verificar o motivo da solicitação de restrição

CÓPIA CONTROLADA

O Assistente Social realiza a abordagem do paciente ou familiar (quando o paciente não estiver em condições de manifestar a sua vontade), para conhecimento da justificativa para a restrição de visitas.

3º Passo: Emitir comunicado interna

O Assistente Social emite um comunicado interno, em 03 vias devidamente assinadas pelo solicitante. A 1ª via é retirada pelo Serviço de Segurança, mediante comunicação via telefone, para conhecimento e controle protocolando o recebimento nas demais vias. O enfermeiro responsável pela Unidade de Internação é comunicado verbalmente.

4º Passo: Arquivar 2ª via protocolada em prontuário e 3ª via em cópia da Ficha de Internação

A 2ª via protocolada do documento é arquivada em prontuário. A 3ª via protocolada do documento é arquivada em anexo à cópia da Ficha de Internação disponível em arquivo do Serviço Social.

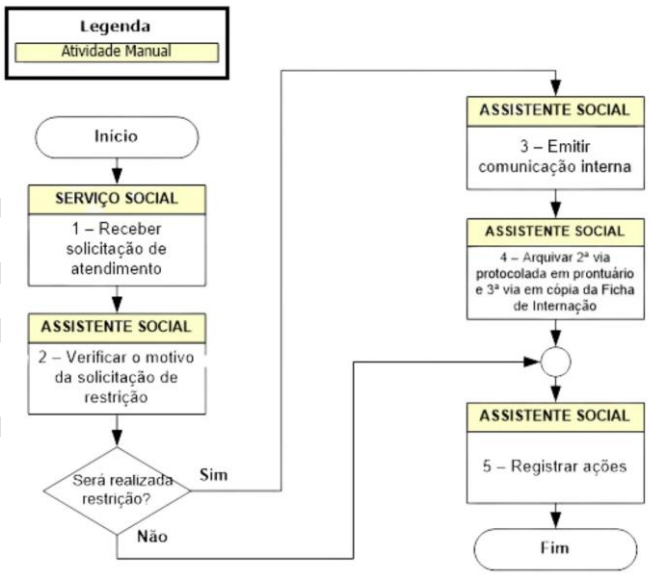
5º Passo: Registrar ações

O atendimento é registrado na cópia da Ficha de Internação, disponível em arquivo do Serviço Social e em formulário de Relatório de Atividades Diárias do serviço social.

5.3 – Resultados Esperados: garantir a qualidade da estadia do paciente na unidade e sua segurança.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma:



CÓPIA CONTROLADA

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

Nota₁: Paciente idoso sem acompanhante, realizar busca ativa da família, e em caso de abandono familiar acionar o Ministério Público por meio de ofício.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

LOGO UNIDADE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			BHCL
	MEDIAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÃO FAMÍLIA / INSTITUIÇÃO PACIENTE / PACIENTE FAMÍLIA			
	Código: POP.SEDE.SSO.008	Versão: 01	Página: 1 de 3	

1 – OBJETIVO

Garantir ações de mediação entre o paciente e sua família; paciente e instituição; família e instituição.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Estatuto do Idoso, Constituição Federal do Brasil, Código de Ética Profissional do Serviço Social, Lei Orgânica da Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Carta dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde (Ministério da Saúde), Política Nacional de Humanização (2003).

3 – SETORES RELACIONADOS

Serviço Social

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O assistente social deve:

Casos de paciente – instituição:

1º Passo: Realizar visita a enfermaria;

2º Passo: Realizar o estudo social individualizado do paciente;

3º Passo: Identificar os casos de necessidade de mediação entre o paciente e equipe;

4º Passo: Entrar em contato com profissional solicitado pelo paciente a fim de realizar a Mediação para suprimento das demandas/necessidades do paciente;

5º Passo: Informar o caso ao profissional;

6º Passo: Realizar novo contato com as partes envolvidas para obter o resultado da mediação;

7º Passo: Registrar a atividade no prontuário do paciente.

Casos de família – instituição:

CÓPIA CONTROLADA

1º Passo: Realizar atendimento familiar para levantamento da demanda;
2º Passo: Entrar em contato com profissional solicitado a fim de realizar a Mediação;
3º Passo: Informar o caso ao profissional de referência para conhecimento da demanda;
4º Passo: Realizar a mediação entre as partes;
5º Passo: Realizar novo contato com as partes envolvidas para obter o resultado da mediação;
6º Passo: Caso necessário encaminhar a família ao SAC;
7º Passo: Registrar a atividade no prontuário do paciente.

Casos de paciente-família (casos envolvendo conflitos/fragilidade de vínculos familiares):
1º Passo: Realizar visita a enfermaria;
2º Passo: Realizar o estudo social individualizado do paciente;
3º Passo: Identificar os casos de necessidade de mediação entre o paciente e sua família;
3º Passo: Sugerir o contato familiar pelo serviço social para contribuir com a resolutividade do caso, respeitando a individualidade do paciente como sujeito de direitos.
4º Passo: Acompanhar o desenvolvimento do processo enquanto necessário/demandado pelas partes;
5º Passo: Acionar, em situações específicas de acompanhamento do caso no pós-alta hospitalar o CRAS/Conselho do Idoso/Ministério Público para acompanhamento do caso;
6º Passo: Registrar a atividade no prontuário do paciente.

5.3 – Resultados Esperados: mediar família e instituição de forma efetiva e segura.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

CÓPIA CONTROLADA

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão

Equipe do Serviço Social	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

23 set 2024 15:00:14 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

24 set 2024 09:05:39 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

24 set 2024 09:05:45 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 187.57.253.72 localizado em Hortolândia - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original e6db86853fd9 44b8f4c7de18c4a92b8e100a25a6480eee77
https://valida.ae/96050ef6fc b66ed269b511f729b4277a6

MANUAL DE ROTINAS MULTIDISCIPLINAR - SAE

OBJETIVO

Ofertar atenção humanizada em saúde e apoiar a formação/qualificação profissional e a pesquisa científica, em consonância com as normativas técnicas e legais vigentes, com vistas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, agravos relacionados e promoção da qualidade de vida de Pessoas vivendo com HIV, Aids e Hepatites virais.

COMPETÊNCIAS

Constituir referência para os municípios do estado de Goiás que ainda não possuem o Serviço de Atenção Especializada (SAE) e/ou para aqueles em processo de implantação e/ou com Equipe incompleta;

Ofertar consulta com Equipe Multidisciplinar nas áreas de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social;

Atuar como unidade matriciadora (*in loco* e/ou *online*) tendo como competência prestar apoio técnico aos municípios da região nordeste do Estado de Goiás no desenvolvimento de ações deste Ambulatório;

Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

Dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas, obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
(SICLOM) e à otimização de recursos;

PÚBLICO ALVO

Pessoas vivendo com HIV-Aids e Hepatites virais B e C e familiares.

Enfermeiro

- Cumprir a **Lei N. º 7498 de 25 de junho de 1986**[7] que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem;
- Zelar pelo cumprimento da **Resolução COFEN nº564/2017**[8] que aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE);
- Definir as disposições gerais, junto a gerência, acerca das penalidades e execução dos serviços dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem;
- Cumprir a **Resolução COFEN nº543/2017**[9] referente ao dimensionamento da equipe de enfermagem;
- Organizar os processos de trabalho de modo a motivar a equipe a realizar o atendimento de modo resolutivo, humanizado e com qualidade;
- Definir lotacionograma do serviço de enfermagem, bem como escala de serviço, rodízio de setor, férias e recesso da equipe de enfermagem;
- Planejar e implantar treinamento de enfermagem em serviço;
- Realizar consulta de enfermagem com abertura de prontuário para registro do atendimento ao usuário feito pela equipe multiprofissional;
- Preencher ficha de notificação SINAN de todos casos atendidos no ambulatório que se fizer necessários;
- Atender à demanda espontânea que procura o serviço em busca de orientação sobre os serviços ofertados pelo ambulatório;
- Responsabilizar-se pelos serviços desenvolvidos pela equipe de enfermagem;
- Informar ao RT do ambulatório acerca de problemas com equipamentos e ou falta de insumos necessários para o atendimento na unidade;

- Respeitar as normatizações administrativas instituídas pela equipe multiprofissional e instituídas pelo RT, bem como manter harmônica as relações humanas, profissionais e hierárquicas;
- Avaliar as condições de trabalho e buscar soluções aos problemas que se apresentarem;
- Participar da avaliação de desempenho da equipe profissional sempre que solicitado;
- Participar das decisões do serviço com representação profissional que estão lotados no CTA, SAE e coleta de material biológico, o enfermeiro responsável junto a gerência;
- Realizar reunião quando necessário com os funcionários das unidades para avaliar situação de serviço, transmissão de avisos, ordem de serviços, etc...;
- Realizar preceptoria em Estágio Curricular Supervisionado; e
- Cumprir e fazer cumprir as normas e regulamentos da instituição

Psicólogo

- O Programa IST/AIDS desenvolve através da Psicologia um serviço de acolhimento ao usuário e da família, sendo realizado uma entrevista de anamnese inicial visando avaliar o processo de adoecimento e a estrutura psíquica do paciente.
- As modalidades de atendimento psicológico são oferecidas, a partir da avaliação inicial do usuário visando a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV e hepatites virais.
- Realização de suporte ao CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) ofertados aos usuários que buscam a testagem do HIV/hepatites virais.
- Avaliação de crianças e adolescentes para manejo adequado no processo da revelação do diagnóstico do HIV.
- Psicoterapia de apoio após a revelação do diagnóstico de HIV/hepatites virais, levando em consideração os desdobramentos emocionais decorrentes do momento

da revelação do usuário até a reorganização psíquica do usuário enquanto a nova condição não estiver estabelecida.

- Realização de Avaliação Psicológica, Psicoterapia individual de crianças, adolescentes e adultos, através de observação e entrevistas.
- Aconselhamento em Adesão.
- Grupo de Adesão e ou Reflexão.
- Orientação familiar quanto às questões relativas às informações técnicas sobre HIV/AIDS e outros.
- Realização de Terapia de casal e/ou Família de acordo com a necessidade do paciente.
- Realização de telefonemas com autorização do usuário, visita técnica institucional e/ou domiciliar para fins em adesão ao tratamento.
- Capacitação dos psicólogos em serviço dos SAEs.

Nutricionista

- Elaborar o diagnóstico de nutrição, com base na avaliação nutricional.
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, doenças associadas e considerando as interações drogas/nutrientes e nutriente/nutriente.
- Registrar, em prontuário dos clientes/pacientes/usuários, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos.
- Promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, familiares ou responsáveis.
- Elaborar receituário de prescrição dietética individualizada para distribuição aos clientes/pacientes/usuários.
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.
- Solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional dos clientes/pacientes/usuários.

- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.
- Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética e programas de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.

Assistente Social

- Atuar em consonância com a **Lei 8.662/93**[10] que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e do Código de Ética Profissional dos/as Assistentes Sociais **(Resolução CFESS nº 273/93)**[11]**.**
- Acolher o/a usuário/a, parceiros/as e familiares.
- Realizar consulta em Serviço Social fundamentada em entrevista/escuta qualificada, identificando e refletindo junto ao usuário/a, possibilidades de enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de dificuldade e/ou sofrimento.
- Orientar e aconselhar acerca do impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho; dificuldades no uso da medicação e na adesão ao tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito.
- Orientar e encaminhar às Instituições responsáveis, usuários/as em situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego, desestruturação familiar, situação de rua, entre outras).
- Articular com o município para incluir o/a usuário/a nas políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção da cidadania e do reconhecimento dos direitos individuais.

- Estabelecer interface com as equipes dos SAE municipais e Secretarias Municipais de Saúde, em busca de apoio para a continuidade do tratamento, tais como: agendamentos de consultas e exames; necessidade de acompanhante; passagens ou transporte em ônibus; ambulância; casa de apoio; denúncia nos Conselhos de Direitos e Tutelar, quando há necessidade, entre outros.
- Discutir casos com a equipe multiprofissional, contribuindo para a construção de propostas criativas frente às necessidades coletivas do/a usuário/a.
- Realizar busca ativa para prevenção e resgate de abandono de tratamento.
- Manter-se atualizada/o em relação às leis municipais, estaduais e federais e, também, sobre os benefícios que podem ser disponibilizados às pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos/as profissionais de saúde da rede pública, por meio, de matriciamento, com o objetivo de capacitar profissionais do Serviço Social, para atendimento, prevenção e aconselhamento em IST/AIDS.
- Orientar sobre direitos sociais e os meios para acessá-los (BPC, FGTS, Passe Livre, IR, entre outros).
- Emitir Declaração de Comparecimento.
- Providenciar transferência de domicílio de tratamento, quando solicitada pelo/a usuário/a, bem como, agilizar, junto aos outros serviços, a transferência do/a usuário/a, oriundo de outras localidades e, que dará continuidade ao tratamento em nosso serviço.
- Proporcionar suporte aos CTA/SAE com objetivo de auxiliar nas demandas necessárias, prestando esclarecimentos, informações, sanando dúvidas, agilizando agendamento (quando se fizer necessário), mediação junto a equipe multiprofissional, para melhor atendimento, tratamento do/a usuário/a.
- Realizar Visita domiciliar para fins de adesão ao tratamento, em situações de impossibilidade de contato com o/a usuário/a pelos meios disponíveis nesta Unidade de Saúde.

- Registrar os atendimentos no prontuário.

Técnico e Auxiliar em Enfermagem

- Cumprir a **Lei N. º 7498 de 25 de junho de 1986**[7] que regulamenta o exercício profissional.
- Zelar pelo cumprimento da **Resolução COFEN nº564/2017**[8] que aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE);
- Ser responsável pelas suas atribuições e competências no exercício da profissão;
- Respeitar as normatizações administrativas instituídas pela gerência, bem como as relações humanas, profissionais e hierárquicas;
- Respeitar os regulamentos determinados pelos enfermeiros;
- Participar das implementações do serviço, contribuindo com a implantação do mesmo;
- Informar ao enfermeiro as intercorrências referentes a alteração nos sinais vitais do paciente, gestantes ou outra situação que se fizer necessária a intervenção imediata e/ou investigação pela enfermeira do serviço;
- Manter a supervisão de enfermagem informada sobre problemas referentes a sua atividade;
- Colaborar com os colegas da equipe sempre que houver disponibilidade;
- Verificar diariamente se os formulários necessários para o atendimento estão completos e em quantidades suficientes no consultório e no prontuário do paciente;
- Retirar os prontuários junto ao setor de arquivo e conferir se os dados de identificação do paciente estão registrados e atualizados, principalmente, telefone e endereço, antes de distribuir nos consultórios;
- Verificar, diariamente, todo material necessário para o procedimento tais como: soluções, instrumentais, quantidades de formulários, sabão, álcool 70%, máscaras, luvas e outros;

- Auxiliar o médico durante os procedimentos, se necessário;
- Fazer a pré-consulta a todos os pacientes no período que antecede as consultas;
- Orientar os usuários na pós-consulta quanto ao cumprimento das prescrições realizadas e exames solicitados pelos profissionais;
- Anotar todas as intercorrências no relatório de enfermagem e livro de ocorrências quando for necessário;
- Auxiliar na rotina administrativa;
- Encaminhar/entregar aos serviços de apoio diagnóstico os materiais e os pedidos de exames complementares;
- Zelar pela limpeza e ordem do local de trabalho e equipamentos nas dependências da unidade e comunicar ao enfermeiro se estiver problemas no mesmo;
- Participar de atividades de educação em saúde;
- Realizar desinfecção terminal/ambulatorial sempre que necessário e/ou solicitado pela enfermeira do período;
- Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas instituídas;
- Cumprir normas de biossegurança em serviço;
- Manter os consultórios e demais dependências organizadas e limpas diariamente.

Farmacêutica

- Usuários atendidos no setor de farmácia apresentando formulário (receituário), com a devida prescrição médica, datada, assinada, carimbada pelo profissional médico, com a posologia indicada (fármaco/concentração/dose/mês).
- A entrega é feita para 02 (dois) meses; salve exceções para 03 (três) a 06 (seis) meses, desde que o estoque seja suficiente, no caso do usuário necessite por motivo de viagem/mudança para outro país, assim o mesmo terá tempo de procurar assistência e não interromperá seu tratamento.
- As dispensas realizadas são feitas mediante acompanhamento de ficha cadastral que o usuário possui no serviço, onde consta todos os dados (necessários), para possíveis contatos e controle rigoroso; visto que nessa ficha são lançadas as datas (da retirada), a medicação liberada (discriminada), as respectivas quantidades, assim como se houve ou não mudança de terapia.
- O serviço libera os medicamentos com um período de 05 (cinco) a 10 (dez)

dias de antecedência da última retirada.

- As liberações dos insumos (preservativos masculinos e/ou femininos e géis lubrificantes) ficam de livre acesso ao usuário, podendo assim levar ou não e na quantidade desejada.
- O controle dessas fichas permite ao serviço traçar parâmetros de adesão ao tratamento de cada usuário, de acordo com sua regularidade, faltas, ou possível abandono, assim como transferências, óbitos.
- A prescrição devidamente aviada ao usuário é lançada na ficha de controle da farmácia, bem como no SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e no ROA (onde só é lançado o número do CNS (Cartão Nacional do SUS), nome completo do paciente, data de nascimento, município de residência e o CID da doença. Esse registro posteriormente é lançado no programa SISREG (Sistema de Regulação), para registro e acompanhamento da produtividade do setor/servidor.
- Cabe ao profissional farmacêutico orientar nas possíveis reações farmacológicas assim como reações adversas inerentes ao tratamento.
- Das medicações com características especiais, ou seja, termolábeis, somente são entregues mediante a apresentação de retentores de temperatura (isopor) contendo gelox, caso contrário não dispensamos o mesmo, visto que o medicamento tem vida útil de 2 (duas) horas aproximadamente fora do ambiente refrigerado.
- Ressaltamos que não é entregue terapias incompletas.
- Orientamos ao usuário a conferir sua medicação em conjunto com os servidores deste setor para verificar se está correta e condizente com o tratamento, bem como assinar o recibo de dispensa que foi aviado.
- No início de cada mês (até o dia cinco) o farmacêutico faz os relatórios (Mapa, Boletim e Programação Ascendente) via SICLOM (HIV e HV), para prestar conta do que foi dispensado no mês anterior, bem como solicitar os medicamentos necessários para demanda do mês atual;
- Duas vezes por ano é realizado o Inventário Nacional, via SICLOM dos medicamentos para tratamento de HIV e HV.

MANUAL DE ROTINAS MULTIDISCIPLINAR – PREVENÇÃO AO RISCO DE SUICÍDIO

1. OBJETIVO

Capacitar os profissionais de saúde para identificar e atender os principais transtornos psiquiátricos
e pacientes com risco de suicídio. Identificar de forma precoce, diagnosticar e tratar adequadamente os pacientes em sofrimento metal/transtorno psiquiátrico.

2. DEFINIÇÕES

Suicídio é o ato da pessoa causar sua própria morte de forma intencional. É um ato complexo e multicausal, que possuem como determinantes fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal. Apesar de muitas estratégias serem implementadas no Brasil e no mundo nos últimos anos (WHO 2013-2020), as taxas continuam constantemente alta, sendo um desafio a governos, as políticas públicas, a saúde pública e a sociedade como um todo.

O suicídio contribui para a menor expectativa de vida das pessoas, principalmente as com transtornos mentais e causa um impacto social significativo, seja emocional ou financeiro. Pacientes internados em hospital geral apresentam um risco 3 vezes maior que a população em geral de praticar o suicídio. A maioria desses pacientes apresentam alguma doença crônica ou terminal dolorosa ou incapacitante.

É fundamental que todos os serviços de saúde e seus profissionais, não só psiquiatra e psicólogo, abordem o tema e saibam como conduzir os casos, afim de reduzir as taxas e complicações. A qualidade do serviço de saúde mental pode reduzir as taxas de suicídio em populações clínicas por isso há uma grande importância na elaboração e implementação deste protocolo. Tentativa de suicídio é de notificação compulsória em até 24 horas após o fato, pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE

2014), mas certamente é algo que não faz parte da rotina desses profissionais. Além da notificação, a equipe deve iniciar os cuidados e assegurar um acompanhamento de emergência (CAPS) ou em outros serviços da Rede de Saúde, a depender de cada caso.

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO:

Fatores não modificáveis

Um dos principais fatores de risco estão no grupo dos não modificáveis: são eles a tentativa prévia de suicídio e a presença de transtorno psiquiátrico. Esta realidade aumenta em cinco a seis vezes as chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que suicidaram já haviam tentado previamente.

Outros aspectos também são considerados fatores não modificáveis:

- idade: jovens entre 15 e 30 anos e idosos;
- gênero: homens suicidam três vezes mais que mulheres, mas elas tentam três vezes mais do que eles. Também há a presença de conflitos em torno da identidade sexual;
- Doenças clínicas crônicas debilitantes;
- Populações especiais: imigrantes, indígenas, alguns grupos étnicos;
- Perdas recentes.
- História familiar e genética: risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio;
- Componentes genéticos e ambientais envolvidos: risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

- Eventos adversos na infância e na adolescência: maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar, etc;
- Entre adolescentes, o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente.

Fatores modificáveis

Dentre os fatores que podem ser mudados e, com isso, ajudar a prevenir o suicídio, está a presença de transtorno psiquiátrico. Pesquisas apontam que 96,8% das pessoas que morreram por suicídio possuíam histórico de doença mental diagnosticada ou não, frequentemente não tratada ou tratada inadequadamente. Os mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Entre os demais fatores que, se modificados, podem evitar o suicídio, estão:

- Conflitos familiares, incerteza quanto à orientação sexual e falta de apoio social;
- Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade:
- Impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal;
- Viver sozinho: divorciados, viúvos ou que nunca se casaram; não ter filhos.
- Desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados: maior risco nos três primeiros meses da mudança de situação financeira ou de desemprego;
- Aposentados;
- Moradores de rua;
- Indivíduos com fácil acesso a meios letais

3. SIGLAS

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial.

WHO: World Health Organization.

RAPS: Redes de Atenção Psicossocial.

4. APLICAÇÃO

O protocolo é destinado a todos os colaboradores e prestador de serviço terceirizados das especialidades médicas e não médicas Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse.

5. PÚBLICO ALVO

Usuários da Unidade Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse.

Atribuição da gestão da unidade:

· Organizar eventos e treinamentos para os profissionais de saúde sobre prevenção do suicídio;

· Disponibilizar, pelo menos, um psicólogo e assistente social no ambulatório para que esses façam a triagem e encaminhamentos devidos dos pacientes que apresente comportamento suicida durante consulta médica ambulatorial;

· Manter os dados cadastrais dos pacientes atualizados com, pelo menos, um contato de familiar ou amigo que possa ser utilizado em caso de emergência ou risco elevado de suicídio;

Atribuição da equipe de enfermagem:

· Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;

· Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes;

· Observar todo o ambiente em que o paciente está, identificar meios que o mesmo possa utilizar para cometer o suicídio e pedir a equipe que esses meios sejam excluídos (cordas, fios, medicamentos, veneno, substâncias químicas, etc.);

· Participar dos treinamentos oferecidos pela instituição em relação a prevenção do suicídio,

· Acionar o médico assistente ou psicóloga em casos de risco de suicídio.

Atribuição do médico:

· Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias. Tentar compreender o processo de adoecimento físico e mental;

· Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes;

· Identificar fatores de risco e fatores de proteção do suicídio, estratificando o risco do paciente;

· Participar dos treinamentos oferecidos pela instituição em relação a prevenção do suicídio;

· Identificar, avaliar, manejar e encaminhar os pacientes em risco de suicídio;

· Solicitar a assistência social acompanhamento familiar dos pacientes em risco de suicídio;

· Preencher a ficha de notificação de agravo de Autolesão provocada (tentativa de suicídio) para aqueles pacientes que tentaram suicídio e o primeiro atendimento está sendo neste serviço;

Atribuição da psicologia:

· Ouvir e acolher todos os pacientes em sofrimento mental, que estejam em atendimento ambulatorial;

· Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes atendidos ambulatorialmente na unidade;

· Estratificar o risco de suicídio do paciente e saber como proceder em cada caso;

· Orientar a equipe interdisciplinar (médicos, equipe de enfermagem) como proceder diante de um potencial risco de suicídio;

· Realizar escuta qualificada da família ou meio social em que o paciente vive;

· Realizar atividades educativas sempre que necessário.

Atribuições da assistência social:

· Ouvir e acolher todos os pacientes em sofrimento mental, que estejam em atendimento ambulatorial;

· Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes, identificando os fatores sociais implicados no adoecimento;

· Identificar e convocar suporte familiar/social de todos os pacientes em risco de suicídio em atendimento ambulatorial nesta unidade;

· Conhecer e identificar os pontos de atenção da RAPS e oferecer suporte a equipe, regulando o paciente para os serviços de referência, sempre que necessário.

6. MATERIAIS

Equipamentos de informática, impressoras, formulários, papeis.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A avaliação clínica do paciente é muito importante para o planejamento de cada caso. Ouvir, criar um vínculo e tentar entender o paciente é fundamental em qualquer entrevista clínica. Deve-se iniciar sempre fazer perguntas mais abrangentes, estimulando que o paciente fale livremente sobre suas angustias e

preocupações. A maioria das pessoas comunica seus pensamentos suicidas através por meio de sentimentos de culpa, menos-valia, ruína moral e desesperança e não falando diretamente sobre o tema. Depois de criado um vínculo inicial, pode evoluir para perguntas mais voltadas ao comportamento suicida, sempre em uma gradação, evitando perguntas muito diretas que levará o paciente a se esquivar do assunto.

• O que está sentindo agora? como está seu humor?

• Você está desanimado com seu estado de saúde?

• Nos momentos mais difíceis, o que passa pela sua cabeça?

• Alguma vez você já achou que sua vida não tem sentido ou não vale a pena? Se sim, passar para a pergunta seguinte

• Alguma vez você já pensou que seria melhor estar morto? Se sim, passar para a pergunta seguinte;

• Já pensou em pôr um fim à sua vida ou fazer algo contra si? Se sim, passar para a próxima pergunta;

• Como seria isso ou já pensou uma maneira de fazer isso? Se sim, qual? • Você já fez algo contra si? Se sim, o que?

• Já tentou suicídio antes? Se sim, como?

À medida que as perguntas vão progredindo na intencionalidade suicida, maior o risco do paciente em cometer algo contra si. Se durante as primeiras perguntas o paciente relatar que o humor está bom e nunca pensou em morrer ou fazer algo contra si, esse paciente é de baixo risco. Já se o paciente relatar intenções suicidas, com planos elaborados e rigidez do pensamento, esses pacientes são de alto risco e devem ser acompanhados constantemente, quer seja por familiar responsável, no próprio serviço de saúde ou em pronto atendimento em saúde mental. Essa entrevista inicial tem como objetivo captar o máximo de informações possíveis do paciente, como pensamentos suicidas, fatores de risco e fatores protetores, o que está desencadeando esses pensamentos atuais

(conflitos com família, a própria doença, etc.), qual o planejamento, qual a rede de apoio (com quem ele pode contar nos momentos difíceis) e os mecanismos de enfrentamento para crise.

Baixo risco

· Pensamentos suicidas ocasionais;

· Ausência de planos suicidas;

· Ausência de critérios de alta intencionalidade suicida;

· Suporte familiar ou social adequado

Médio risco:

· Pensamentos e planos suicidas, mas sem pretensão de concretizar;

· Não houve tentativa de suicídio prévia;

· Não há convicção de que quer realmente fazer algo a si e sim aliviar seu sofrimento;

· Bom suporte social

Alto risco:

· Planos ou tentativas de suicídio recente;

· Alta intencionalidade suicida;

· Baixo suporte social

Critérios de transferência para avaliação o CAPS:

· Alta intencionalidade;

· Risco elevado de suicídio;

· Após tentativa violenta;

· Paciente psicótico ou muito agitado;

· Paciente com transtorno psiquiátrico grave;

· Risco de agressão contra si, outro paciente ou profissional da equipe;

· Contrato de vida negativo (Rigidez do plano suicida mesmo com suporte oferecido);

· BAIXO SUPORTE SOCIAL.

TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Baixo risco:

· Identificar e tratar possível transtorno mental;

o Orientar familiar a retirar meios que o paciente possa utilizar para cometer suicídio (facas, cordas, cordões, objetos perfurantes ou perfurocortantes, venenos, substâncias químicas, etc.).

o Distribuir o material informativo de medidas de prevenção de suicídio aos familiares ou responsáveis de pessoas em risco;

o Orientar se alta intencionalidade suicida e agressividade ligar para SAMU e levar ao CAPS.

Médio risco:

· TODOS OS CUIDADOS DO PACIENTE DE BAIXO RISCO, ASSOCIADO A:

· Realização de contrato terapêutico de não suicídio (contrato de vida);

· Necessidade de familiar ou amigo próximo para acompanhar o paciente e ficar alerta aos comportamentos do mesmo; fazer a família e amigos parte do tratamento do paciente;

· Encaminhar o paciente a serviços especializados (psicologia ou psiquiatria) se as medidas acima não forem suficientes;

Alto risco:

· TODOS OS CUIDADOS DO PACIENTE DE MÉDIO RISCO, ASSOCIADOS A:

· Nunca deixar a pessoa sozinha, tendo sempre um acompanhante ou profissional de saúde próximo da mesma;

· Encaminhar o paciente a serviço de pronto atendimento psiquiátrico (paciente ambulatorial),

· Prestar atenção a todos os pertencer do paciente, dentro da sua privacidade, para ver a existência de qualquer meio potencialmente letal.

Orientações a família ou amigo de um paciente de risco:

· Remover todos os objetivos perfurantes ou perfurocortantes (facas, punhal, agulhas, giletes, etc) do alcance do paciente, preferencialmente deixar em local trancado e com chave, ficando a chave em posse do familiar;

· Manter todas as medicações em local trancado com chave, ficando estas na posse do responsável pelo paciente, isso inclui medicamentos como um todo (dipirona, paracetamol, anti-hipertensivos, psicotrópicos, etc.);

· Retirar toda e qualquer substância que possa ser ingerida e causar mal ao paciente como produtos de limpeza, venenos, ácidos ou bases fortes, agrotóxicos, etc.

· Colocar redes de proteção, tela ou grade em todas as janelas, em caso de morar em apartamento;

· Retirar do alcance do paciente ou se desfazer de cordas, cordões, cintos, fios que possam ser utilizados pelo paciente para se enforcar;

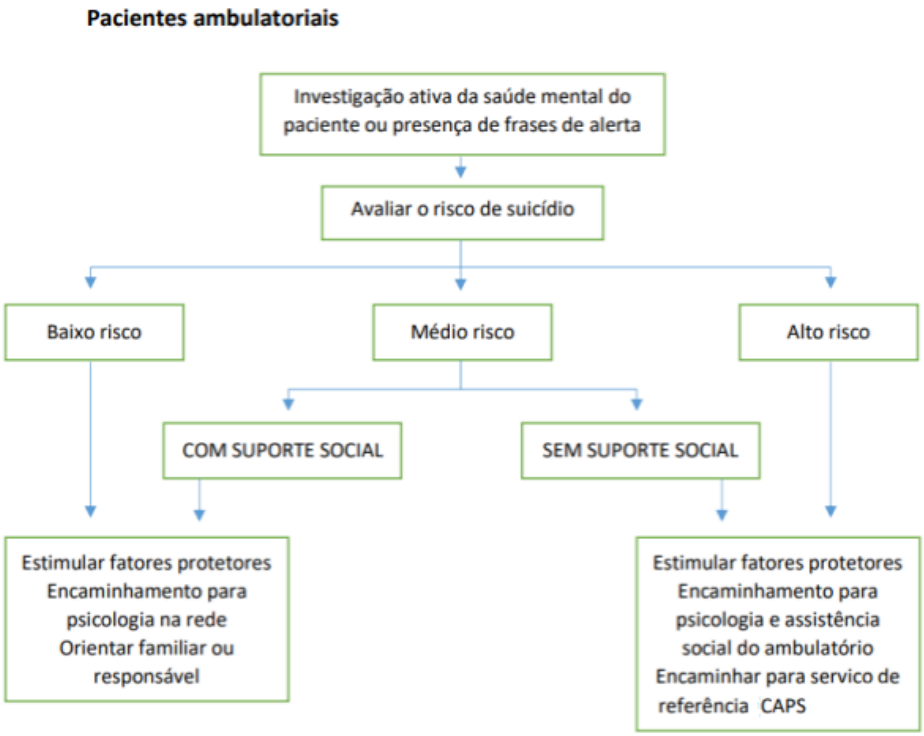
· Manter vigilância 24 horas por dia, não deixando o paciente desacompanhado;

· Retirar chaves de portas no intuito de evitar que o mesmo se tranque e cometa algo contra si dificultando o socorro;

· Orientar se alta intencionalidade suicida e agressividade ligar para SAMU 192 e levar ao CAPS.

Os pacientes atendidos na unidade pertencentes ao município de Goianésia serão encaminhados ao pronto Socorro do Hospital Municipal de Goianésia para a

devida regulação junto aos CAPS, a unidade acompanhará o caso como apoio do serviço social. Os pacientes provenientes de outros municípios, após estabilização e apoio da equipe médica e multiprofissional da unidade, serão encaminhados através do preenchimento de APAC, que será entregue à secretaria municipal da cidade de origem para o devido seguimento. Nesse sentido a assistente social da unidade entrará em contato com a assistente social do município de origem para que a mesma acompanhe o caso com a prioridade identificada (estratificação de risco) do paciente.



8. AÇÕES CORRETIVAS

As ações corretivas estarão relacionadas à eventuais falhas na identificação de pacientes com risco de autoextermínio. Desse modo, caso ocorra, a unidade promoverá treinamentos para que o profissional seja capacitado.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MINISTÉRIO DA SAUDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saude. Suicídio: Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 48, ed. 30, p. 1-15, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

WHO. 2000. PREVENTING SUICIDE: A RESOURCE FOR GENERALPHYSICIANS (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?seq uence= 1).

10. ANEXOS

Não aplicável.

Protocolo de Psicoterapia para Adolescentes com Dificuldades na Autoestima e Autoimagem

Introdução:

A adolescência é uma fase marcada por grandes transformações físicas, sociais e emocionais. As mudanças corporais, a busca por identidade e a pressão social podem influenciar significativamente a autoestima e a autoimagem dos adolescentes. Este protocolo visa oferecer um guia para o atendimento psicoterapêutico de adolescentes que enfrentam dificuldades nesses aspectos, promovendo o desenvolvimento de uma autopercepção mais positiva e saudável.

Objetivos:

- Auxiliar o adolescente a identificar e compreender os pensamentos e sentimentos que influenciam sua autoestima e autoimagem.
- Desenvolver habilidades de enfrentamento para lidar com situações que desafiam sua autoconfiança.
- Promover a aceitação de si mesmo, incluindo suas qualidades e imperfeições.
- Fortalecer a autoestima através de experiências positivas e reforço positivo.
- Estabelecer metas realistas e desenvolver um plano de ação para alcançá-las.

Metodologia:

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem eficaz para

trabalhar com adolescentes com dificuldades na autoestima e autoimagem. A TCC enfatiza a identificação e a modificação de pensamentos negativos e comportamentos disfuncionais.

Etapas do Tratamento:

1. **Estabelecimento do Rapport:**
   - Criar um ambiente seguro e acolhedor para o adolescente expressar seus sentimentos e pensamentos.
   - Estabelecer uma relação de confiança e colaboração.
   - Escutar ativamente o adolescente, demonstrando empatia e compreensão.
2. **Avaliação:**
   - Realizar uma avaliação completa, incluindo a história pessoal do adolescente, seus pensamentos e sentimentos sobre si mesmo, suas relações interpessoais e seu funcionamento social.
   - Identificar os eventos e experiências que podem ter contribuído para a baixa autoestima.
   - Avaliar a presença de sintomas de outros transtornos mentais que possam estar presentes.
3. **Educação sobre Autoestima e Autoimagem:**
   - Explicar ao adolescente o conceito de autoestima e autoimagem.
   - Discutir como os pensamentos, sentimentos e comportamentos influenciam a autopercepção.
   - Desmistificar crenças irreais sobre a perfeição e a beleza.
4. **Identificação e Desafiando Pensamentos Negativos:**
   - Auxiliar o adolescente a identificar os pensamentos negativos e

distorcidos sobre si mesmo.

- Utilizar técnicas como a "tabela de pensamentos" para analisar a veracidade e a utilidade desses pensamentos.
- Desenvolver estratégias para desafiar e substituir os pensamentos negativos por outros mais realistas e positivos.

5. **Modificação de Comportamentos:**
   - Estabelecer metas comportamentais realistas e alcançáveis.
   - Desenvolver habilidades de enfrentamento para lidar com situações desafiadoras.
   - Promover a prática de atividades prazerosas e que aumentem a autoestima.
6. **Fortalecimento de Habilidades Sociais:**
   - Desenvolver habilidades de comunicação assertiva e resolução de conflitos.
   - Promover a construção de relacionamentos saudáveis e positivos.
   - Aumentar a participação em atividades sociais.
7. **Reforço Positivo:**
   - Celebrar as conquistas e os progressos do adolescente.
   - Oferecer feedback positivo e encorajamento.
   - Promover a autocompreensão e a autoaceitação.

Técnicas Terapêuticas:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental:** Técnicas como a reestruturação cognitiva, treinamento em habilidades sociais, exposição gradual e resolução de problemas.
- **Mindfulness:** Práticas de atenção plena para aumentar a consciência do

presente e reduzir a ansiedade.

- **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT):** Foco na aceitação de pensamentos e sentimentos difíceis, em vez de tentar controlá-los.
- **Terapia Interpessoal:** Trabalho nas relações interpessoais do adolescente.

Envolvimento da Família:

- **Sessões familiares:** Quando apropriado, incluir a família nas sessões para discutir questões relacionadas à autoestima e autoimagem do adolescente.
- **Educação dos pais:** Oferecer informações e estratégias para os pais auxiliarem o adolescente em seu processo terapêutico.

Avaliação e Encerramento:

- Realizar avaliações periódicas para monitorar o progresso do adolescente.
- Ajustar as intervenções terapêuticas conforme necessário.
- Estabelecer critérios claros para o encerramento da terapia.

Protocolo de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Introdução

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por uma preocupação excessiva e persistente sobre diversas situações. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é amplamente reconhecida como a abordagem mais eficaz para o tratamento do TAG. Este protocolo visa fornecer um guia para a condução da psicoterapia para indivíduos com TAG.

Objetivos

- Identificar e modificar os pensamentos e crenças que contribuem para a ansiedade generalizada.
- Desenvolver habilidades de enfrentamento para lidar com situações que provocam ansiedade.
- Reduzir a frequência e a intensidade dos sintomas físicos e emocionais da ansiedade.
- Promover um estilo de vida mais relaxado e equilibrado.

Metodologia

A TCC é a abordagem principal, com foco na identificação e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. As técnicas utilizadas incluem:

- **Reestruturação cognitiva:** Identificar e desafiar pensamentos negativos e distorcidos, substituindo-os por pensamentos mais realistas e adaptativos.

- **Treinamento em relaxamento:** Ensinar técnicas de relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática e mindfulness para reduzir a tensão física e mental.
- **Exposição gradual:** Expor o indivíduo a situações que provocam ansiedade de forma gradual e controlada, com o objetivo de reduzir a resposta ansiosa.
- **Prevenção de resposta:** Impedir comportamentos de evitamento que reforçam a ansiedade.

Etapas do Tratamento

1. **Avaliação inicial:**
   - Coleta de informações detalhadas sobre a história de vida, sintomas, e fatores de estresse do paciente.
   - Identificação dos pensamentos e crenças automáticas que contribuem para a ansiedade.
   - Avaliação da gravidade dos sintomas e do impacto na vida do paciente.
2. **Educação sobre o TAG:**
   - Explicação do que é TAG e seus sintomas.
   - Discussão sobre as causas e consequências do TAG.
   - Normalização da experiência e redução do sentimento de culpa.
3. **Identificação e modificação de pensamentos negativos:**
   - Identificar os pensamentos automáticos negativos que surgem em situações ansiogênicas.
   - Desafiar a veracidade e a utilidade desses pensamentos.
   - Substituir os pensamentos negativos por pensamentos mais realistas e adaptativos.
4. **Treinamento em habilidades de relaxamento:**

- Ensinar técnicas de relaxamento para reduzir a tensão física e mental.
- Incentivar a prática regular das técnicas de relaxamento em casa.

5. **Exposição gradual:**
   - Construir uma hierarquia de situações que provocam ansiedade.
   - Expor o paciente a essas situações de forma gradual e controlada.
   - Oferecer apoio e encorajamento durante o processo de exposição.
6. **Prevenção de resposta:**
   - Identificar e evitar comportamentos de evitamento.
   - Desenvolver estratégias para lidar com as situações temidas sem recorrer à evitação.
7. **Generalização e prevenção de recaídas:**
   - Aplicar as habilidades aprendidas em diferentes situações e contextos.
   - Desenvolver um plano de prevenção de recaídas para lidar com futuros episódios de ansiedade.

Técnicas Terapêuticas

- **Diário de pensamentos:** Registrar os pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações ansiogênicas.
- **Role-playing:** Ensaiar situações sociais desafiadoras.
- **Tarefas para casa:** Prática das habilidades aprendidas em casa.

Envolvimento da Família (quando apropriado)

- **Sessões familiares:** Informar a família sobre o TAG e as estratégias de tratamento.
- **Educação dos familiares:** Oferecer informações sobre como apoiar o

paciente.

Avaliação e Encerramento

- **Avaliação periódica:** Monitorar o progresso do paciente e ajustar as intervenções terapêuticas conforme necessário.
- **Estabelecimento de critérios claros para o encerramento da terapia:** Quando os objetivos foram alcançados e o paciente demonstra capacidade de lidar com a ansiedade de forma autônoma.

Protocolo de Psicoterapia para Burnout

Introdução

O burnout, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução do desempenho, é um problema crescente em diversos contextos profissionais. A psicoterapia oferece um espaço seguro para que indivíduos com burnout possam identificar e trabalhar em suas emoções, crenças e comportamentos, promovendo a recuperação e o bem-estar.

Objetivos

- Identificar e compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento e a manutenção do burnout.
- Desenvolver estratégias para gerenciar o estresse e as demandas do trabalho.
- Promover a recuperação emocional e física.
- Fortalecer habilidades de enfrentamento e resolução de problemas.
- Estabelecer um equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Metodologia

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem eficaz para o tratamento do burnout, pois permite identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. No entanto, outras abordagens, como a

mindfulness e a terapia interpessoal, podem ser complementares.

Etapas do Tratamento

1. **Avaliação Inicial:**
   - Coleta de informações detalhadas sobre a história de vida, trabalho e sintomas do paciente.
   - Identificação dos fatores de risco e proteção para o burnout.
   - Avaliação da gravidade dos sintomas e do impacto do burnout na vida pessoal e profissional.
2. **Educação sobre o Burnout:**
   - Explicação do que é burnout e seus sintomas.
   - Discussão sobre as causas e consequências do burnout.
   - Normalização da experiência e redução do sentimento de culpa.
3. **Identificação e Modificação de Pensamentos Negativos:**
   - Identificação de pensamentos automáticos negativos relacionados ao trabalho e à autoavaliação.
   - Desafiar e modificar esses pensamentos através de técnicas como a reestruturação cognitiva.
   - Desenvolvimento de uma perspectiva mais realista e positiva sobre si mesmo e o trabalho.
4. **Gerenciamento do Estresse:**
   - Ensino de técnicas de relaxamento, como respiração profunda, meditação e progressiva relaxação muscular.
   - Desenvolvimento de habilidades de gerenciamento do tempo e de

organização.

- Estabelecimento de limites saudáveis no trabalho.

5. **Fortalecimento de Habilidades Sociais e Interpessoais:**
   - Desenvolvimento de habilidades de comunicação assertiva.
   - Melhora das relações interpessoais no trabalho e na vida pessoal.
   - Promoção da busca por apoio social.
6. **Estabelecimento de Metas e Planejamento:**
   - Definição de metas realistas e alcançáveis para a vida pessoal e profissional.
   - Desenvolvimento de um plano de ação para alcançar essas metas.
   - Monitoramento do progresso e ajuste das metas conforme necessário.
7. **Prevenção de Recaídas:**
   - Desenvolvimento de estratégias para prevenir o retorno dos sintomas de burnout.
   - Promoção de um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, atividade física regular e sono adequado.
   - Encorajamento à busca por atividades prazerosas e hobbies.

Técnicas Terapêuticas

- **Terapia Cognitivo-Comportamental:** Reestruturação cognitiva, treinamento em habilidades de enfrentamento, resolução de problemas.
- **Mindfulness:** Práticas de atenção plena para aumentar a consciência do presente e reduzir o estresse.
- **Terapia Interpessoal:** Trabalho nas relações interpessoais do paciente.

- **Biofeedback:** Técnicas para controlar respostas fisiológicas relacionadas ao estresse.

Envolvimento do Ambiente de Trabalho (quando possível)

- **Intervenção no local de trabalho:** Discussão de estratégias para reduzir o estresse no ambiente de trabalho.
- **Encaminhamento para programas de saúde ocupacional:** Oferta de recursos adicionais para o bem-estar dos funcionários.

Avaliação e Encerramento

- **Avaliação periódica:** Monitoramento do progresso do paciente e ajuste das intervenções terapêuticas conforme necessário.
- **Estabelecimento de critérios claros para o encerramento da terapia:** Quando os objetivos foram alcançados e o paciente demonstra capacidade de lidar com o estresse de forma autônoma.

Manual Multiprofissional de Práticas Integrativas e Complementares

INTRODUÇÃO

"Ao longo da história da humanidade, a busca por saúde e bem-estar sempre esteve presente. No Brasil, essa busca se manifestou de diversas formas, através de conhecimentos tradicionais de povos indígenas, da influência de outras culturas e da valorização das plantas medicinais.

Com o passar dos anos, as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ganharam cada vez mais espaço no cenário da saúde, sendo reconhecidas por sua capacidade de promover a cura e o equilíbrio do ser humano. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi um marco importante, garantindo a inclusão dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecendo à população brasileira acesso a tratamentos complementares, seguros e eficazes.

OBJETIVO GERAL

Esse manual tem como objetivo orientar, padronizar e incentivar os multiprofissionais da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse a complementar os tratamentos dos usuários da unidade por meio das práticas integrativas e promover o autocuidado dos pacientes.

Auriculoterapia para Ansiedade

Objetivo

Alívio dos sintomas de ansiedade, promovendo o relaxamento e o bem-estar do paciente.

Público-alvo

Pacientes com diagnóstico de ansiedade, ou que apresentem sintomas como:

- Taquicardia
- Insônia
- Dificuldade de concentração
- Irritabilidade
- Tensão muscular

Materiais

- Mapa auricular
- Agulhas descartáveis ou sementes
- Algodão
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento
- Pinça
- Fita microporosa

Procedimentos

1. **Anamnese:**
    - Coletar informações sobre a queixa principal (ansiedade), duração dos sintomas, fatores desencadeantes e tratamentos anteriores.
    - Verificar a presença de outras doenças e o uso de medicamentos.
    - Avaliar o estado emocional do paciente.

2. **Preparo do Ambiente:**
    - Garantir um ambiente tranquilo, com iluminação suave e temperatura agradável.
    - Higienizar a maca e os materiais a serem utilizados.
3. **Preparo do Paciente:**
    - Explicar o procedimento ao paciente, respondendo a todas as suas dúvidas.
    - Solicitar que o paciente se deite confortavelmente na maca.
4. **Localização dos Pontos:**
    - Utilizando o mapa auricular, localizar os pontos relacionados à ansiedade, como shenmen, rim, hipotálamo e sistema nervoso.
    - Palpar os pontos para confirmar sua localização.
5. **Punção ou Aplicação de Sementes:**
    - Higienizar a orelha do paciente com algodão embebido em álcool 70%.
    - Realizar a punção com agulha descartável ou aplicar sementes nos pontos escolhidos.
    - Fixar as sementes com fita microporosa, se necessário.
6. **Tempo de Aplicação:**
    - A duração da sessão pode variar de 20 a 30 minutos.
    - Orientar o paciente a permanecer relaxado durante a sessão.
7. **Orientações ao Paciente:**

- Informar sobre os possíveis efeitos da terapia, como sensação de calor ou leve desconforto.
- Orientar sobre os cuidados após a sessão, como evitar coçar a orelha e não molhar o local da aplicação.
- Agendar a próxima sessão, geralmente com intervalo de uma semana.

8. **Registro:**

   - Registrar em prontuário a data da sessão, os pontos trabalhados, a evolução do paciente e as próximas orientações.

Cuidados Especiais

- **Assepsia:** Manter a área de trabalho e os materiais sempre limpos e higienizados.
- **Contraindicações:** Não realizar a auriculoterapia em pacientes com distúrbios hemorrágicos, infecções locais ou alergia ao material utilizado.
- **Efeitos colaterais:** Embora raros, podem ocorrer reações adversas como leve vermelhidão ou dor no local da punção.
- **Associação com outras terapias:** A auriculoterapia pode ser utilizada como terapia complementar a outros tratamentos, como a psicoterapia e a farmacoterapia.

Benefícios

- Redução da ansiedade e do estresse
- Melhora do sono
- Alívio da tensão muscular

- Aumento da sensação de bem-estar
-

Protocolo Detalhado de Ventosaterapia para Dor nas Costas

Objetivo

Aliviar a dor nas costas, reduzir a inflamação local, melhorar a circulação sanguínea e promover o relaxamento muscular.

Público-alvo

Pacientes com dor nas costas de origem muscular ou articular, após avaliação fisioterapêutica.

Materiais

- Ventosas de vidro ou silicone
- Óleo de massagem (ex: amêndoas, coco)
- Álcool 70%
- Algodão
- Bomba de vácuo (opcional)
- Maca ou banco de massagem

Procedimentos

1. Avaliação:

- **Anamnese:** Coletar informações sobre a dor (localização, intensidade, duração, fatores desencadeantes), histórico de saúde, medicamentos em uso e atividades físicas.

- **Exame físico:** Avaliar a amplitude de movimento da coluna vertebral, pontos gatilho, sensibilidade à palpação e presença de edema.

2. Preparo do ambiente:

- Garantir um ambiente tranquilo, com temperatura agradável e iluminação adequada.
- Higienizar a maca e os materiais a serem utilizados.

3. Preparo do paciente:

- Explicar o procedimento ao paciente, respondendo a todas as suas dúvidas.
- Posicionar o paciente em decúbito ventral ou lateral, conforme a região a ser tratada.
- Expor a região a ser tratada e aplicar óleo de massagem para facilitar o deslizamento das ventosas.

4. Técnica de aplicação:

- **Estática:** A ventosa é aplicada em um ponto específico e mantida por um determinado tempo (5-15 minutos).
- **Dinâmica:** A ventosa é deslizada sobre a pele, promovendo uma massagem profunda.
- **Fixa:** A ventosa é aplicada e mantida fixa enquanto o terapeuta realiza outras técnicas de massagem.

5. Pontos de aplicação:

- **Pontos gatilho:** Áreas de tensão muscular que causam dor irradiada.
- **Meridianos:** Pontos de acupuntura relacionados à dor e à circulação.

- **Músculos paravertebrais:** Para aliviar a tensão muscular.

6. Intensidade da sucção:

- A intensidade da sucção deve ser ajustada de acordo com a sensibilidade do paciente e o objetivo do tratamento.
- Iniciar com uma sucção leve e aumentar gradualmente, observando a tolerância do paciente.

7. Duração da sessão:

- A duração da sessão varia de 20 a 30 minutos, dependendo da extensão da área a ser tratada e da resposta do paciente.

8. Cuidados após a sessão:

- Orientar o paciente sobre possíveis reações como vermelhidão e hematomas, que são normais e desaparecem em alguns dias.
- Recomendar repouso e hidratação.

9. Registro:

- Registrar em prontuário a data da sessão, os pontos tratados, a intensidade da sucção, a duração da sessão, as reações do paciente e as orientações.

10. Frequência:

- A frequência das sessões será definida pelo fisioterapeuta, de acordo com a evolução do quadro clínico. Em geral, são indicadas 1-2 sessões por semana, por um período de 4-6 semanas.

Contraindicações:

- Gravidez
- Varizes

- Trombose
- Infecções de pele
- Câncer
- Osteoporose
- Uso de anticoagulantes

Precauções:

- Evitar aplicar ventosas em áreas com feridas, hematomas ou inflamações.
- Não aplicar ventosas sobre a coluna vertebral.
- Ajustar a intensidade da sucção de acordo com a sensibilidade do paciente.

Benefícios:

- Alívio da dor
- Redução da inflamação
- Melhora da circulação sanguínea
- Relaxamento muscular
- Aumento da amplitude de movimento

Protocolo Detalhado de Aromaterapia para Insônia

Objetivo

Promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e melhorar a qualidade do sono.

Público-alvo

Indivíduos com dificuldade para iniciar ou manter o sono, com queixas de insônia ocasional ou crônica.

Materiais

- Óleos essenciais: lavanda, camomila romana, bergamota, ylang ylang
- Difusor de ambiente
- Lenços de papel
- Óleo vegetal (para massagem)
- Banheira (opcional)

Procedimentos

1. Anamnese:

- Identificar a causa da insônia (estresse, ansiedade, dor, etc.)
- Verificar a existência de alergias ou sensibilidade a óleos essenciais
- Avaliar as preferências olfativas do paciente

2. Escolha do óleo essencial:

- **Lavanda:** Calmante, relaxante e sedativo.
- **Camomila romana:** Calmante, anti-inflamatório e alivia a ansiedade.
- **Bergamota:** Reduz a ansiedade e promove o relaxamento.
- **Ylang ylang:** Equilibra as emoções e induz ao sono.

3. Métodos de aplicação:

- **Difusor de ambiente:** Adicionar algumas gotas do óleo essencial escolhido ao difusor e ligá-lo 30 minutos antes de dormir.

- **Inalação direta:** Pingar algumas gotas do óleo essencial em um lenço e inalar profundamente antes de dormir.
- **Banho relaxante:** Adicionar algumas gotas do óleo essencial a um punhado de sal marinho e dissolver na água quente do banho.
- **Massagem:** Diluir algumas gotas do óleo essencial em um óleo vegetal (como amêndoas ou coco) e realizar uma massagem suave nas têmporas, nuca e planta dos pés.

4. Frequência:

- Utilizar a aromaterapia diariamente, preferencialmente antes de dormir, por um período de 4 a 6 semanas.

5. Cuidados:

- **Diluição:** Sempre diluir os óleos essenciais em um óleo vegetal ou água antes de aplicar na pele, para evitar irritações.
- **Teste alérgico:** Realizar um teste alérgico em uma pequena área da pele antes de utilizar um novo óleo essencial.
- **Gestantes e lactantes:** Consultar um profissional de saúde antes de utilizar qualquer óleo essencial.
- **Uso de medicamentos:** Informar ao terapeuta sobre o uso de qualquer medicamento, pois alguns óleos essenciais podem interagir com determinados fármacos.

6. Ambiente:

- Criar um ambiente tranquilo e propício ao sono, com pouca luz e temperatura agradável.
- Evitar o uso de eletrônicos (celular, computador) antes de dormir.

7. Registro:

- Anotar em um diário os óleos essenciais utilizados, a frequência de uso e as mudanças observadas no sono.

Benefícios:

- Melhora da qualidade do sono
- Redução da ansiedade e do estresse
- Relaxamento muscular
- Alívio de dores de cabeça

Protocolo de Cromoterapia para Depressão

Objetivo

Elevar o humor, aumentar a energia e reduzir os sintomas da depressão através da aplicação terapêutica das cores.

Público-alvo

Indivíduos com diagnóstico de depressão, com sintomas como tristeza, falta de interesse, perda de energia, alterações no apetite e sono.

Materiais

- Lâmpada de cromoterapia com diferentes cores (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, índigo, violeta)
- Óculos de proteção (opcional)
- Ambiente tranquilo e com baixa luminosidade
- Cronômetro
- Ficha de acompanhamento

Procedimentos

1. Avaliação:

- Anamnese: Coletar informações sobre o tipo de depressão, intensidade dos sintomas, histórico de tratamento e preferências do paciente em relação às cores.
- Escala de depressão: Utilizar uma escala de avaliação para acompanhar a evolução do tratamento.

2. Preparo do ambiente:

- Criar um ambiente tranquilo e confortável, com temperatura agradável e baixa luminosidade.
- Certificar-se de que a lâmpada de cromoterapia esteja funcionando corretamente.

3. Posição do paciente:

- O paciente pode estar deitado, sentado ou em pé, em uma posição confortável.

4. Aplicação das cores:

- Vermelho: Estimula a energia, aumenta a autoestima e combate a apatia.
- Laranja: Combate a depressão, aumenta a alegria e a vitalidade.
- Amarelo: Melhora o humor, estimula a mente e aumenta a concentração.
- Verde: Equilibra as emoções, acalma a mente e promove o relaxamento.
- Azul: Reduz a ansiedade, acalma a mente e induz ao sono.
- Índigo: Estimula a intuição e a espiritualidade.

- Violeta: Proporciona paz interior e tranquilidade.

5. Sessão:

- Duração: A sessão pode durar entre 15 e 30 minutos.
- Intensidade: A intensidade da luz pode ser ajustada de acordo com a sensibilidade do paciente.
- Distância: A distância entre a lâmpada e o paciente pode variar, mas geralmente é de cerca de 50 cm.
- Proteção ocular: O uso de óculos de proteção é opcional, mas pode ser recomendado em casos de sensibilidade à luz.

6. Frequência:

- A frequência das sessões pode variar de acordo com a necessidade de cada paciente, mas geralmente são indicadas 2 a 3 sessões por semana.

7. Acompanhamento:

- Registrar as reações do paciente durante e após as sessões.
- Acompanhar a evolução do tratamento e ajustar o protocolo conforme necessário.

8. Cuidados:

- A cromoterapia é uma terapia complementar e não substitui o tratamento médico convencional.
- Pessoas com epilepsia ou doenças oculares devem evitar a cromoterapia.
- É importante que o paciente se sinta confortável durante as sessões.

Benefícios da cromoterapia para a depressão:

- Elevação do humor
- Aumento da energia
- Melhora do sono
- Redução da ansiedade
- Aumento da autoestima

Protocolo de Meditação Mindfulness para Ansiedade

Objetivo: Reduzir os sintomas de ansiedade através da prática da atenção plena, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.

Público-alvo: Indivíduos com diagnóstico de ansiedade ou que apresentam sintomas como: preocupação excessiva, irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia e tensão muscular.

Materiais:

- Ambiente tranquilo e seguro (consultório ou jardim)
- Colchonete (opcional)
- Cronômetro ou aplicativo de meditação
- Áudio com sons da natureza ou música relaxante (opcional)

Procedimentos:

1. **Introdução:**

    - Explicar o conceito de mindfulness e seus benefícios para a redução da ansiedade.
    - Enfatizar a importância da prática regular e da paciência para obter resultados.
    - Responder às dúvidas dos participantes.

2. **Posicionamento:**

    - Encontrar uma posição confortável, seja sentado em uma cadeira com os pés no chão e a coluna ereta, ou deitado em um colchonete.
    - Feche os olhos suavemente.

3. **Foco na respiração:**

    - Direcionar a atenção para a respiração. Observar a sensação do ar entrando e saindo do corpo.
    - Guiar os participantes a prestar atenção nas diferentes fases da respiração: inspiração, retenção e expiração.
    - Utilizar metáforas para facilitar a visualização da respiração (por exemplo, imaginar que a respiração é uma onda que vai e vem).

4. **Varredura corporal:**

    - Direcionar a atenção para diferentes partes do corpo, observando as sensações físicas.
    - Começar pelos pés e subir gradualmente até a cabeça, notando qualquer tensão ou desconforto.
    - Utilizar a imaginação para visualizar cada parte do corpo relaxando.

5. **Observação dos pensamentos:**

    - Reconhecer os pensamentos que surgem, sem julgá-los.
    - Gentilmente direcionar a atenção de volta para a respiração.

- Utilizar técnicas de acolhimento dos pensamentos, como observá-los como nuvens passando no céu.

6. **Exercícios de ancoragem:**

   - Utilizar estímulos sensoriais para ancorar a atenção no presente momento, como sons da natureza, sensações táteis ou odores agradáveis.

7. **Visualização:**

   - Guiar os participantes em uma visualização relaxante, como imaginar um lugar tranquilo e pacífico.

8. **Retorno à realidade:**

   - Quando terminar a meditação, movimentar lentamente os dedos das mãos e dos pés.
   - Abra os olhos suavemente e tomar alguns momentos para se conectar com o ambiente.

9. **Compartilhamento:**

   - Criar um espaço para que os participantes compartilhem suas experiências durante a meditação.
   - Oferecer feedback e encorajamento.

Frequência e duração:

- Recomenda-se praticar a meditação mindfulness diariamente, por pelo menos 10-20 minutos.
- A frequência e a duração das sessões podem ser ajustadas de acordo com as necessidades de cada grupo ou indivíduo.

Adaptações para diferentes contextos:

- **Grupo:** Criar um ambiente acolhedor e seguro, incentivando a participação de todos.
- **Individual:** Personalizar a prática de acordo com as necessidades e preferências de cada paciente.

Protocolo Detalhado de Terapia Comunitária Integrativa para Doenças Crônicas

Objetivo

Fortalecer os vínculos sociais, promover o empoderamento, melhorar a qualidade de vida e o manejo de doenças crônicas através da troca de experiências, apoio mútuo e desenvolvimento de habilidades.

Público-alvo

Grupos de pacientes com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, doente renal crônico em hemodiálise, etc.), seus familiares e cuidadores.

Materiais

- Espaço físico confortável e seguro
- Materiais para dinâmicas de grupo (cartelas, canetas, bolas, etc.)
- Cartilha ou manual com informações sobre a doença crônica
- Registro das sessões

Procedimentos

1. Formação do grupo:

- Critérios: Doença em comum, estágio da doença, faixa etária (se necessário).
- Número de participantes: Idealmente, entre 8 e 12 pessoas.
- Vínculo: Incentivar a participação de familiares e cuidadores.

2. Reuniões:

- Frequência: Semanal ou quinzenal, com duração de 1h30 a 2 horas.
- Local: jardim da policlínica ou auditório
- Facilitador: Profissional de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social) com formação em TCI.

3. Estrutura das sessões:

- Boas-vindas: Criar um ambiente acolhedor e propício à troca de experiências.
- Aquecimento: Dinâmicas para quebrar o gelo e promover a interação.
- Tema: Abordar temas relacionados à doença crônica, como:
    - Manejo da doença (medicamentos, alimentação, atividade física)
    - Emoções e sentimentos relacionados à doença
    - Comunicação com a equipe de saúde
    - Apoio social e familiar
    - Qualidade de vida
- Troca de experiências: Promover a fala de todos os participantes, incentivando a escuta ativa e o respeito mútuo.
- Construção de conhecimentos: Apresentar informações sobre a doença crônica de forma clara e acessível.

- Planejamento de ações: Definir metas individuais e coletivas para a semana seguinte.
- Encerramento: Fazer um resumo da sessão e agradecer a participação de todos.

4. Dinâmicas de grupo:

- Roda de conversa: Espaço para compartilhar experiências e sentimentos.
- Estudo de caso: Analisar casos reais de pacientes com a doença crônica.
- Role-playing: Simular situações do dia a dia para desenvolver habilidades de comunicação e resolução de problemas.
- Exercícios de relaxamento: Promover o bem-estar físico e emocional.

5. Avaliação:

- Avaliação contínua: Observar a participação dos membros, a qualidade das interações e o alcance dos objetivos.
- Avaliação formal: Aplicar questionários para avaliar a satisfação dos participantes e o impacto do grupo na qualidade de vida.

6. Papel do facilitador:

- Criar um ambiente seguro e acolhedor.
- Facilitar a comunicação e a interação entre os participantes.
- Proporcionar informações relevantes sobre a doença crônica.
- Estimular a autonomia e o empoderamento dos participantes.
- Acompanhar o desenvolvimento de cada participante.

Benefícios da TCI para doenças crônicas:

- Melhora da qualidade de vida

- Aumento da adesão ao tratamento
- Redução da ansiedade e depressão
- Fortalecimento dos vínculos sociais
- Empoderamento dos pacientes

Protocolo Detalhado para Plantas Medicinais e Fitoterapia

Objetivo

Promover a saúde e o bem-estar através do uso seguro e eficaz de plantas medicinais e fitoterápicos, auxiliando no tratamento de diversas condições de saúde.

Público-alvo

Pacientes com diversas condições de saúde, sob orientação médica, que busquem alternativas terapêuticas complementares ou adjuvantes.

Materiais

- Plantas medicinais frescas ou secas
- Chaleiras, filtros e outros utensílios para preparo de infusões, decocções e tinturas
- Frascos de vidro âmbar para armazenamento
- Etiquetas para identificação das preparações
- Literatura sobre plantas medicinais e fitoterapia

Procedimentos

1. Avaliação:

- Anamnese: Coletar informações sobre a saúde do paciente, incluindo histórico de doenças, medicamentos em uso, alergias e hábitos de vida.
- Queixa principal: Identificar a condição para a qual o paciente busca tratamento com plantas medicinais.
- Escolha da planta: Selecionar a planta medicinal mais adequada para o tratamento da queixa, considerando a evidência científica e as características individuais do paciente.

2. Preparo das plantas medicinais:

- Infusão: Colocar a planta em água fervente, abafar e deixar em repouso por alguns minutos.
- Decocção: Ferver a planta em água por um período mais prolongado.
- Tintura: Macerar a planta em álcool por um período determinado.
- Outras formas: Sucos, cataplasmas, óleos essenciais.

3. Dosagem e frequência:

- A dosagem e a frequência de uso variam de acordo com a planta, a condição a ser tratada e as características individuais do paciente.
- Seguir as orientações de um profissional de saúde.

4. Administração:

- As preparações podem ser administradas por via oral, tópica ou inalatória.
- A via de administração e a forma farmacêutica devem ser adequadas à condição a ser tratada.

5. Monitoramento:

- Acompanhar a evolução do tratamento, verificando a eficácia das plantas medicinais e a ocorrência de efeitos adversos.
- Ajustar a dose ou a planta, se necessário.

6. Registro:

- Manter um registro das plantas utilizadas, das doses, da frequência de uso e dos resultados obtidos.

7. Cuidados:

- Qualidade das plantas: Utilizar plantas de boa procedência, livres de contaminantes.
- Interações medicamentosas: Informar ao profissional de saúde sobre todos os medicamentos em uso, pois algumas plantas podem interagir com outros fármacos.
- Contraindicações: Evitar o uso de plantas medicinais em casos de gravidez, lactação, doenças crônicas e em crianças, sem orientação médica.
- Efeitos adversos: Estar atento aos possíveis efeitos colaterais e interromper o uso da planta em caso de reações adversas.

Exemplos de plantas medicinais e suas indicações:

- Camomila: Insônia, ansiedade, problemas digestivos.
- Valeriana: Insônia, ansiedade, agitação.
- Erva-cidreira: Insônia, ansiedade, problemas digestivos.
- Gengibre: Náuseas, enjoo, dor muscular.
- Alho: Hipertensão, colesterol alto, infecções.
- Arnica: Contusões, dores musculares, inflamações.

Protocolo de Florais de Bach para Autoestima

Objetivo: Aumentar a autoestima, promover a autoconfiança e melhorar a percepção de si mesmo.

Público-alvo: Indivíduos que se sentem inseguros, com baixa autoestima, que se autocriticam excessivamente ou que têm dificuldade em se valorizar.

Materiais:

- Florais de Bach individuais ou compostos (específicos para autoestima)
- Frascos conta-gotas
- Água mineral
- Álcool (para conservação)

Procedimentos:

1. **Avaliação:**

    - Anamnese: Conversar com o indivíduo para identificar as causas da baixa autoestima, os sentimentos associados (medo, vergonha, insegurança) e os comportamentos resultantes.
    - Escolha dos florais: Selecionar os florais de Bach mais adequados ao perfil emocional do indivíduo. Alguns florais comumente utilizados para a autoestima são:
        - Larch: Para pessoas que duvidam de suas capacidades e se sentem inferiores.
        - Pine: Para aqueles que se culpam excessivamente por seus erros.

- Elm: Para quem se sente sobrecarregado e incapaz de lidar com as responsabilidades.
- Oak: Para indivíduos que se esforçam demais e se esquecem de cuidar de si mesmos.
- Cerato: Para pessoas que buscam constantemente a aprovação dos outros.

2. **Preparo da solução floral:**

   - Escolha dos florais: Definir a quantidade e os tipos de florais a serem utilizados, de acordo com a avaliação.
   - Diluição: Adicionar as gotas dos florais em um frasco conta-gotas com água mineral e algumas gotas de álcool para conservação.
   - Agitação: Agitar o frasco gentilmente para energizar a solução.

3. **Administração:**

   - Dose: Tomar 4 gotas da solução floral, sublingual, 4 vezes ao dia.
   - Duração: A duração do tratamento varia de pessoa para pessoa, mas geralmente é recomendado um período de 30 a 60 dias.

4. **Acompanhamento:**

   - Reavaliação: Acompanhar o progresso do indivíduo durante o tratamento, realizando novas avaliações a cada 15 ou 30 dias.
   - Ajustes: Ajustar a formulação dos florais, se necessário, de acordo com a evolução do quadro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics. Acesso em: 20 de jan. 2023.

2.Práticas Integrativas e Complementares: Sobre PICS. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics. Acesso em: 20 de jan. 2023.

3.Menezes, C. B., & Dell'Aglio, D. D.. (2009). Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicologia Em Estudo*, *14*(Psicol. Estud., 2009 14(3)): Acesso em: 05 out. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília. 2018. 180p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 190 p.

Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira 1ª Edição -2018

Memento Fitoterápico 1ª Edição – Farmacopeia Brasileira – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – 2016.

ANEXOS

Planilha - Serviços x Classificaçao X CBO (Ocupações Exigidas)

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
131	SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	005	DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA POR TELEMEDICIA	1	2252-65	MÉDICO OFTALMOLOGISTA - CIRURGIÃO OFTALMOLÓGICO
132	SERVIÇO DE ONCOLOGIA	001	ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	1	2251-22	MÉDICO CANCEROLOGISTA PEDIÁTRICO
132	SERVIÇO DE ONCOLOGIA	002	HEMATOLOGIA	1	2251-85	MÉDICO HEMATOLOGISTA
132	SERVIÇO DE ONCOLOGIA	003	ONCOLOGIA CLÍNICA	1	2251-21	MÉDICO ONCOLOGISTA CLÍNICO
132	SERVIÇO DE ONCOLOGIA	004	RADIOTERAPIA	1	2253-30	MÉDICO RADIOTERAPEUTA
					2131-55	FÍSICO NUCLEAR
132	SERVIÇO DE ONCOLOGIA	005	ONCOLOGIA CIRURGICA	1	2252-90	MÉDICO CANCEROLOGISTA CIRÚRGICO
133	SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	001	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	1	2251-27	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
133	SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	002	DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA	1	2251-27	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	1	2231-##	MÉDICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	2	2251-##	MÉDICOS CLÍNICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	3	2253-##	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	4	2235-##	ENFERMEIROS E AFINS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	5	2232-##	CIRURGÕES DENTISTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	6	2234-##	FARMACÊUTICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	7	2236-##	FISIOTERAPEUTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	8	2238-##	FONOAUDIÓLOGOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	9	2515-##	PSICÓLOGOS E PSICANALISTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	10	2212-##	BIOMÉDICO

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	11	2237-10	NUTRICIONISTA - NUTRICIONISTA SAÚDE PÚBLICA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	12	2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	13	2241-##	PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	14	2263-20	NATURÓLOGO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	15	3221-05	TÉCNICO EM ACUPUNTURA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	1	2231-##	MÉDICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	2	251-##	MÉDICOS CLÍNICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	3	2253-##	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	4	2235-##	ENFERMEIROS E AFINS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	5	2232-##	CIRURGIÕES DENTISTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	6	2234-##	FARMACÊUTICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	7	2236-##	FISIOTERAPEUTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	8	2238-##	FONOAUDIÓLOGOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	9	2515-##	PSICÓLOGOS E PSICANALISTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	10	2212-05	BIOMÉDICO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	11	2237-10	NUTRICIONISTA - NUTRICIONISTA SAÚDE PÚBLICA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	12	2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	13	2241-##	PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	14	2263-20	NATURÓLOGO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	002	FITOTERAPIA	15	2516-05	ASSISTENTE SOCIAL
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	003	OUTRAS TÉCNICAS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	004	PRÁTICAS CORPORAIS E MENTAIS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	1	2231-##	MÉDICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	2	251-##	MÉDICOS CLÍNICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	3	2253-##	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	4	2235-##	ENFERMEIROS E AFINS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	5	2232-##	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	6	2234-##	FARMACÊUTICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	7	2236-##	FISIOTERAPEUTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	8	2212-05	BIOMÉDICOS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	9	2237-10	NUTRICIONISTA - NUTRICIONISTA SAÚDE PÚBLICA
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	005	HOMEOPATIA	10	2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	006	TERMALISMO/CRENOTERAPIA	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	007	ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE

COD SERV	DESCRICAO DO SERVIÇO	COD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DO CBO
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	008	PRÁTICAS EXPRESSIVAS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	009	AYURVEDA	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	010	PRÁTICAS NATURAIS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	011	PRÁTICAS MANUAIS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	012	PRÁTICAS PSICODINÂMICAS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	013	OZONIOTERAPIA	1	2232-##	CIRURGIÕES DENTISTAS
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	014	AROMATERAPIA	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
134	SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	015	IMPOSIÇÃO DAS MÃOS	1	##	QUALQUER OCUPAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM - AMBULATÓRIO

INTRODUÇÃO

A equipe da policlínica trabalha em prol da comunicação nas redes de assistência à saúde que exerce a função importante de acompanhamento e compartilhamento do cuidado dos usuários.

A unidade presta atendimento secundário e complementar à saúde de pacientes que são encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio da Agenda, utilizando o Cartão Nacional do SUS.

O objetivo da policlinica é o de ampliar o acesso da população às consultasnas especialidades que contemplem agravos crônicos e oferecer resolubilidade.

A unidade também conta com os procedimentos, como coleta de exames laboratoriais; pequenas cirurgias, exames de imagem, dentre outros.

Todos os atendimentos nesses setores são acompanhados ou realizados pelaequipe de enfermagem.

COMPOSIÇÃO:

Os colaboradores do serviço de enfermagem desta instituição estão dispostos na seguinte classificação hierárquica:

I – Enfermeira Responsável Técnica;

II – Enfermeira;

III – Técnicos de Enfermagem.

HORÁRIO DE TRABALHO

O atendimento do Serviço de Enfermagem das unidades de saúde deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento, inclusive durante o períodode almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores.

Os colaboradores do Serviço de Enfermagem estarão dispostos nos seguintes horários:

- Período da manhã: a definir

- Período da tarde: a definir
- Período intermediário da manhã: a definir
- Período intermediário da tarde: a definir
- Plantão de 12 horas

CATEGORIAS: PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ENFERMEIRO RT	40h
ENFERMEIRO	30h | 36h
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	

1. NORMAS E ROTINAS GERAIS

As informações dispostas abaixo referem-se ao conjunto de normas gerais a serem observadas por todos os funcionários de enfermagem, a saber:

1. Iniciar suas atividades laborais no horário preestabelecido, conforme contrato de trabalho e necessidade do serviço;
2. Nos atendimentos realizados aos pacientes deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade;
3. Os funcionários, quando em serviço, devem estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, o uso de jaleco fornecido pela BHCL, estando este limpo e em condições de uso, conforme regimento interno;
4. Todos os funcionários deverão usar identificação (crachá), durante sua jornada de trabalho estando sempre de forma visível ao paciente;

5. Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
6. Todo o paciente deve ser acolhido, objetivando a resolução da sua necessidade;
7. Apresentar-se pelo nome e função para o paciente ou acompanhante, explicar o procedimento e colocar-se à disposição;
8. Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelos princípios do SUS;
9. É **vedada** a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e pacientes, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da BHCL e Secretaria de Saúde;
10. Os profissionais devem manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho;
11. Quanto a apresentação pessoal, o funcionário deverá cumprir com as normas do manual técnico de procedimentos e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde nas Unidades de Saúde.

    11.1. **Cabelos:** Quando compridos, devem ficar permanentemente presos na sua totalidade.

    11.2. **Joias, bijuterias, brincos grandes**: Não devem ser utilizados adereços que possam interferir com a higiene adequada das mãos, como anéis e pulseiras ou a propagação de infecções, conforme NR-32;

    11.3. **Unhas**: Devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a "ponta dos dedos" e não conter esmaltes. O Esmalte libera partículas por microfraturas, em cujas reentrâncias acomodam sujidades. Não usar unhas postiças;

    11.4. **Sapatos**: Sempre fechados;
12. É proibido o consumo e armazenamento de alimentos nos setores;
13. O quadro funcional de enfermagem deverá registrar em livro ata as ocorrências

do seu respectivo plantão;

14. Zelar pelo patrimônio da instituição;
15. Tratar sempre o paciente pelo nome, precedido de Sr. ou Sra.;
16. Todo atendimento de Enfermagem deve ter anotação, carimbo e assinatura no prontuário ou ficha de atendimento do paciente, do profissional que prestou o atendimento.

2. MANUTENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS SALAS EM GERAL

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral e ao término do plantão;
4. Realizar limpeza concorrente a cada início de plantão;
5. Manter as salas limpas e organizadas. Camas, macas e divãs forrados com lençol (de TNT, de papel ou tecido);
6. Checar o funcionamento dos equipamentos a cada início do plantão, comunicando o enfermeiro caso identifique problemas em instalações e/ou equipamentos;
7. É função exclusiva do enfermeiro realizar teste de funcionamento dos laringoscópios, desfibriladores/cardioversores e checagem dos lacres dos carros de emergência;
8. A reposição de materiais e insumos no setor se dará semanalmente (segundas-feiras) às 11h00min pela equipe da farmácia. As conferências e solicitações para reposição de material médico hospitalar deverão ser preenchidas pela enfermagem e entregue no setor Farmácia 08:00 horas, respeitando sempre o padrão pré-estabelecido;
9. Trocar frascos de álcool, clorexidina e soluções via oral de acordo com a validade. **Obrigatório** à colocação de etiqueta de identificação com data de abertura e validade de 07 dias;

10. Verificar a data de validade dos materiais;
11. Realizar checagem de temperatura das geladeiras da sala de vacina e coleta diariamente pela manhã, tarde e à noite;
12. **Equipe de Enfermagem** – Limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
13. **Serviço de Higiene** – Limpeza terminal, utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo a periodicidade deverá ser semanal.

3. NORMAS E ROTINAS PARA SALA DE MEDICAÇÃO E OUTROS PROCEDIMENTOS

Finalidade:

Aplicar medicações via ocular, intramuscular, subcutânea, sublingual, oral, endovenosa e inalatória conforme prescrição médica.

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada procedimento;
4. Realizar conferência e reposição de medicação, nebulização e material necessário. Chamar o paciente pelo nome e conferir nome completo e data de nascimento, garantindo a segurança do paciente e profissional;
5. Apresentar-se pelo nome e função ao paciente ou acompanhante, explicar o procedimento e colocar-se a disposição;
6. Administrar medicação conforme prescrição médica de acordo com os onze certos;
7. Realizar anotação de enfermagem na folha de evolução do paciente ou FA eventual dos pacientes que realizaram o procedimento, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, n° do COREN e nome legível;

8. Repor o material conforme necessidade;
9. Checar o funcionamento da rede de oxigênio e válvulas;
10. Solicitar à farmácia e trocar os kits de inalação conforme necessidade;
11. Retirar os kits de inalação a cada uso e acondicionar em caixa plástica organizadora;
12. Encaminhar os kits de inaladores contaminados para o expurgo em caixa fechada com tampa;
13. Manter as boas práticas para segurança do paciente;
14. Orientar a permanência de acompanhantes somente em casos previstos por lei: Idosos (Lei 10.741/2003), portadores de necessidades especiais (Lei 3.411/2000), gestantes (Lei federal nº 11.108, de 07/04/2005);
15. Ao final do plantão, checar a sala e observar que esteja em ordem para o início do próximo plantão;
16. **Equipe de Enfermagem** – Limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
17. **Serviço de Higiene** – Limpeza terminal, utilizar técnica estabelecida, sendo que a periodicidade deverá ser semanal.

Observações:

- Todas as medicações de uso fracionado deverão ser identificadas com data de abertura e validade.
- Após as medicações serem entregues pela farmácia, a reposição no setor é feita pela enfermagem;
- Realizar apenas administração de medicações prescritas em evolução ou FA eventual com carimbo e assinatura do profissional solicitante desta unidade;
- Se houver dúvida referente à realização dos procedimentos realizados nesta sala, chamar o enfermeiro imediatamente;

- Qualquer alteração após administração do medicamento, chamar imediatamente o enfermeiro;
- Qualquer alteração ou intercorrência comunicar imediatamente o enfermeiro.

4. NORMAS E ROTINAS PARA SALA DA COLETA

Finalidade:

Orientar de forma simples e objetiva preparos e orientações para coleta de exames laboratoriais, garantindo a qualidade das amostras e consequentemente os resultados dos exames.

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Chamar o paciente pelo nome e conferir nome completo e data de nascimento, garantindo a segurança do paciente e profissional;
4. Apresentar-se pelo nome e função ao paciente ou acompanhante, explicar o procedimento e colocar-se à disposição;
5. Os insumos para coleta deverão estar disponibilizados de forma organizada em cada momento da coleta;
6. Utilizar EPI´s durante todos os procedimentos de coleta.
7. Verificar a data de validade dos materiais;
8. Realizar checagem de temperatura da geladeira da sala de coleta diariamente pela manhã antes de iniciar o atendimento, tarde e à noite;
9. Manter o local de atendimento sempre limpo e organizada.

5. NORMAS E ROTINAS PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Finalidade:

O setor de emergência ou urgência é uma sala destinada ao atendimento e cuidados primários que presta o tratamento inicial de um largo espectro de doenças, algumas das quais podem ser ameaçadoras à vida, requerendo intervenção imediata.

Rotinas:

1. Encaminhar o paciente e/ou atender na sala de medicação;
2. Verificar nível de consciência, sinais vitais, monitorizar e chamar o médico disponível para conduzir o atendimento;
3. Auxiliar o médico e/ou enfermeiro durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência, realizando os procedimentos e medicações conforme prescrição;
4. Realizar anotação de Enfermagem na folha de evolução em prontuário ou FA eventual do paciente, anotando data, horário, COREN e nome legível.

Observações:

- É de responsabilidade do enfermeiro fazer a liberação da ambulância ao serviço de referência priorizando os casos mais urgentes;
- Somente equipe de enfermagem e equipe médica estão autorizados a entrar na sala de medicação durante o atendimento ao paciente.

6. NORMAS E ROTINAS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES EXTRA-HOSPITALAR

Finalidade:

Realizar a transferência para hospital de referência em que haja recursos necessários para o atendimento adequado do paciente de modo a assegurar sua integridade física, minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável.

Rotinas:

1. O profissional médico avalia necessidade de remoção e preenche a ficha de encaminhamento hospitalar em contrarreferência (em anexo)
2. O enfermeiro recebe a ficha e solicita remoção e vaga à unidade de referência;
3. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Verificar nível de consciência, sinais vitais, monitorizar o paciente se necessário, caso o paciente esteja desacompanhado verificar se ele possui algum familiar para entrar em contato, realizar o contato telefônico e informar que ele será transferido. Auxiliar o médico durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência;
6. Realizar anotação de Enfermagem na folha de evolução ou FA eventual do paciente, anotando data, horário, n° do COREN e nome legível;
7. Identificar a equipe que está realizando a transferência (placa do veículo e motorista) com data e horário;
8. Enfermeiros deverão preencher o checklist de remoção dos pacientes (em anexo);
9. Enfermeiros deverão preencher a Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) específica para todos os pacientes que são removidos.

Observações:

- Caso o paciente se recuse a aguardar a ambulância, preencher na folha de evolução ou FA eventual com o motivo da recusa e solicitar assinatura do responsável;
- É de responsabilidade do enfermeiro solicitar ambulância nas unidades de apoio;
- Qualquer alteração ou intercorrência comunicar imediatamente o Enfermeiro.

7. NORMAS E ROTINAS PARA REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Finalidade:

O eletrocardiograma é o exame realizado para avaliar o ritmo do coração e o número de batimentos por minuto, permitindo ao médico identificar arritmias cardíacas (alterações do ritmo do coração) e distúrbios na condução elétrica deste órgão. Também é utilizado para avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca, avaliar a função do marcapasso à resposta a medicamentos (antiarrítmicos) e obter um registro basal antes de um procedimento médico através de representação gráfica.

Rotinas:

1. Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;
2. Organizar a sala no início e término de cada plantão;
3. Checar cabos, conexões, pás e peras;
4. Conferir se o aparelho está em funcionamento na tomada indicada e com o fio terra ligado;
5. Calibrar o aparelho conforme instruções do fabricante;
6. Chamar o paciente pelo nome completo e apresenta-se a ele;
7. Conferir documento de identificação;
8. Explicar o procedimento que será realizado ao paciente e ao acompanhante;
9. Solicitar que retire adornos de metal (brincos, relógios, pulseiras, entre outros);
10. Solicitar desligar o aparelho celular para não ter interferência no exame.
11. Instruir o paciente a deitar na maca, relaxar e respirar normalmente durante o exame, evitar movimentar-se, tossir ou conversar enquanto o ECG está sendo registrado a fim de evitar intercorrências;
12. Expor o tórax, tornozelos e pulsos para a colocação dos *clamps* e eletrodos;
13. Certificar-se de que não há contato do paciente com as partes metálicas do leito e se foi retirado todos os metais;
14. Assegurar a privacidade do paciente com biombo s/n;
15. Orientar a não falar e não se movimentar durante o procedimento;

16. Manter o paciente em decúbito dorsal. Se ele não puder suportar essa posição, colocá-lo em posição semi-Fowler;
17. Higienizar as mãos com sabão líquido ou gel alcoólico e calçar luvas de procedimento;
18. Limpar a pele do paciente com álcool 70%, desengordurando o local de contato onde os eletrodos ou peras serão colocados;
19. Realizar tricotomia, se necessário, nas áreas com maior concentração de pelos;
20. Aplicar gel para ECG na face ventral dos pulsos e na face medial das pernas (cuidado com proeminências ósseas);
21. Utilizar os eletrodos periféricos (*clamps)* em MMSS e MMII da seguinte forma:
    - 21.1. Braço Direito - Vermelho;
    - 21.2. Braço Esquerdo - Amarelo;
    - 21.3. Perna Direita - Preto;
    - 21.4. Perna Esquerda – Verde.
21. Depois de realizado o exame, identificar com o nome completo do paciente, data da realização e carimbo e assinatura do profissional que realizou o exame. Orientar o paciente a retornar com o médico solicitante;
22. Manter a sala organizada;
23. Realizar limpeza concorrente em maca a cada realização de exame;
24. Realizar desinfecção das pás e peras a cada utilização.
25. Repor as folhas de ECG sempre que houver necessidade.

Observação:

- Realizar os exames de eletrocardiograma (ECG) conforme solicitação médica ou do enfermeiro;
- Qualquer alteração ou intercorrência comunicar imediatamente o enfermeiro.

8. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE EXPURGO

Finalidade:

Denomina-se sala de expurgo a área física destinada para recepção, separação, lavagem e desinfecção de artigos de saúde, visando o adequado processamento dos artigos médico-hospitalares.

Rotinas:

1. Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;
2. Checar a validade e quantidade dos insumos e soluções necessários para a lavagem e/ou desinfecção dos artigos médico-hospitalares e de unidades de saúde;
3. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
4. Paramentar-se com EPIs: avental impermeável longo de mangas compridas, luvas grossas de borracha antiderrapante de cano longo, luvas de procedimento, máscara, óculos protetor, touca descartável e sapatos impermeáveis fechados;
5. Preparar a solução de detergente enzimático, conforme orientações do fabricante e POP “Uso do Detergente Enzimático”;
6. Monitorar e validar diariamente a concentração do ácido peracético por meio da fita teste específica, conforme orientações do fabricante. Se necessário, preparar a solução de ácido peracético, conforme orientações do fabricante e POP “Uso do Ácido Peracético”;
7. Ao receber o material sujo, proceder à limpeza e/ou desinfecção, de acordo com POP “Limpeza e desinfecção de artigos médico-hospitalares”;
8. Realizar limpeza concorrente ao término de cada plantão.
9. **Equipe de Enfermagem** – Limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
10. **Serviço de Higiene** – Limpeza terminal, utilizar técnica estabelecida pela

empresa contratada, sendo a periodicidade deverá ser semanal.

Observações:

- Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.

9. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE PREPARO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

Finalidade:

Nesta sala, deve ter um armário onde os materiais e instrumentais são preparados, acondicionados, esterilizados e distribuídos para os setores, neste espaço é feito a revisão dos materiais verificando suas condições de conservação e limpeza.

Rotinas:

1. **Checagens e testes**

1.1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico e paramentar-se com EPIs: avental de mangas longas, luvas de procedimento e touca descartável;

1.2. Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;

1.3. Checar a autoclave quanto ao funcionamento elétrico;

1.4. Checar o funcionamento da seladora e da incubadora;

1.5. Limpar a câmara interna e externa da autoclave com água e sabão, removendo o resíduo do sabão com pano de limpeza umedecido com água, seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento;

1.6. Realizar o teste com o indicador biológico uma vez ao dia após arquivar em pasta específica. Caso haja alguma alteração no teste comunicar imediatamente o enfermeiro;

1.7. A utilização de indicadores biológicos deve ocorrer uma vez ao dia (primeiro ciclo do dia).

1.8. Retirar as luvas de procedimento;

1.9. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico.

2. Preparo de materiais e esterilização

2.1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

2.2. Calçar luvas de procedimento;

2.3. Separar a quantidade de instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório;

2.4. Checar limpeza, integridade, funcionalidade e corte de instrumentais;

2.5. Montar os kits de acordo com o tipo e número de instrumentais e peças. Atentar para colocar 01 integrador químico dentro de caixa e kit. Na embalagem, colocar aproximadamente 10 cm de fita zebrada nas caixas cirúrgicas odontológicas e 3 cm nos kits, e colocar etiqueta ou escrever na fita crepe data de esterilização, data de validade, nome do material, lote e nome do profissional que preparou;

2.6. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

2.7. Colocar os pacotes dentro da câmara da autoclave, sendo os mais pesados em baixo.

3. **Equipe de Enfermagem –** Limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
4. **Serviço de Higiene** – Limpeza terminal, utilizar técnica estabelecida, sendo que a periodicidade deverá ser semanal.

Observação:

- Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.
- Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante.

INTRODUÇÃO

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da BHCL trata-se de uma ferramenta importante como guia para os profissionais de saúde, contendo informações técnicas, que subsidiam as rotinas para o desenvolvimento das atividades de forma segura e com qualidade.

A Área da Diretoria Assistencial da BHCL preza pela importância de garantir a padronização das ações, com foco nos resultados positivos de boas práticas, possibilitando a rastreabilidade dos processos de trabalho, a uniformidade das ações da equipe nas auditorias internas e externas.

O processo de construção dessa manual foi constituído mediante apoio institucional, através da necessidade de descrever nossas ações, novos procedimentos, revisá-los quando necessário, e sistematizá-lo em capítulos e assuntos. A padronização se faz necessária para fortalecer os processos de trabalho dos profissionais de saúde na Rede de Atenção à Saúde.

Em todos os POP´s, foram estabelecidos critérios técnicos, padronizando as ações assistenciais da das equipes de saúde, estabelece fluxos e organiza os processos de trabalho, define responsabilidades e demonstra a sequência das ações para o desempenho das atividades com qualidade e segurança.

A versão vigente está disponível em formato eletrônico em cada unidade, e em formato físico, para acesso aos funcionários em tempo real, bem como será disponibilizada na intranet futuramente.

Cabe salientar que eventuais revisões e atualizações deste Manual, devem ser devidamente aprovadas pela Área da Diretoria Assistencial da BHCL, antes da implementação. Os POP's serão revisados bianualmente, ou antes, se necessário, de forma a garantir sua atualização contínua.

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a rotina de registro, controle e encaminhamento de peças cirúrgicas para anatomia patológica.

2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico, Centro Cirúrgico Ambulatorial, Centro Obstétrico e Hospital Dia.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Atribuições

O auxiliar/técnico de enfermagem circulante de sala deve:

- Receber a peça anatômica do médico;
- Acondicionar em frasco e/ou saco plástico do laboratório com formol tamponado a 10%;
- Lacrar o frasco ou saco com esparadrapo e identificar com etiqueta do paciente;
- Conferir o pedido médico com o número de peças;
- Retirar a segunda via do impresso e anexar ao prontuário;
- Registrar o material e número de peças no Registro para Anátomo Patológico, utilizando a primeira via do impresso.
- O assistente administrativo deve:
- Digitar no Sistema o número do atendimento, código do anátomo, número de peças e o laboratório a ser encaminhado o material;
- Separar as peças por laboratório de acordo com a análise a ser realizada;
- Conferir com o colaborador do laboratório o material, e solicitar sua assinatura no Registro para Anátomo Patológico;
- Arquivar o Registro para Anátomo Patológico assinado na pasta de protocolos do centro cirúrgico.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Manual Padrão	Qualidade	
Título	Registro, Controle e Encaminhamento de Anátomo Patológico	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os procedimentos relacionados à higiene das mãos, tendo em vista a redução da infecção cruzada e da disseminação de microrganismos multirresistentes nas unidades.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

A forma mais comum de transmissão de patógenos no ambiente hospitalar é através das mãos, e os microrganismos presentes na pele podem ser classificados como pertencentes à flora transitória ou flora residente.

Flora Transitória

- Encontra-se na superfície junto às gorduras e sujidades, é adquirida por contato diretocom o meio ambiente, fômites ou outros pacientes.
- Formada por *Staphylococcus* sp. e microrganismos Gram negativos, freqüentementeassociados a infecções hospitalares.
- Facilmente removida pela higienização simples ou anti-sepsia da pele.

Flora Residente

- Microrganismos ficam aderidos em camadas mais profundas da pele, junto à glândulassebáceas e folículos pilosos.
- Mais difícil de ser removida sendo necessários o uso de técnica de degermação cirúrgica e agentes anti-sépticos adequados.
- Raramente associada a infecções, por ser de baixa virulência, no entanto associada ainfecções em grandes queimados, imunocomprometidos e inserção de próteses.

3.1 Definição de termos

- **Agente anti-séptico:** substância antimicrobiana que é aplicada sobre a pele para reduzir a carga microbiana. Exemplos incluem álcool, clorexidine, iodo e triclosan.
- **Anti-sepsia das mãos:** lavagem ou fricção das mãos com anti-séptico.
- **Solução alcoólica para fricção das mãos:** preparação contendo álcool, designado para aplicação nas mãos para redução do número de microrganismos viáveis. Estas

preparações usualmente contêm 60 a 90% de etanol ou isopropanol e agente emoliente.

- **Detergente:** compostos tensoativos que possuem ação de limpeza, também são chamados genericamente de “sabões”**.**
- **Higiene ou higienização das mãos**: termo genérico que se aplica tanto à lavagem, simples das mãos, lavagem das mãos com anti-séptico, fricção das mãos com anti-séptico ou anti-sepsia cirúrgica das mãos.
- **Lavagem das mãos:** aplicação de água e detergente (que não contém agente anti-séptico), com o objetivo primário de remover sujidades.
- **Lavagem das mãos com anti-séptico:** aplicação de água e sabão ou detergentes contendo um agente anti-séptico, em geral realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos (passagem de cateter venoso central, sonda vesical, etc).

3.2 Indicações para higiene das mãos

- Antes e depois do contato com paciente com pele íntegra ou não íntegra.
- Antes e após contato com superfícies ambientais próximas ao paciente.
- Depois de remover as luvas.
- Após contato com material orgânico.
- Antes de qualquer procedimento, ou entre procedimentos em topografias diferentes no mesmo paciente.
- Antes e depois de efetuar atividades corriqueiras (assoar o nariz, ir ao banheiro, alimentar-se, etc).

3.3 Fricção das mãos com anti-séptico (álcool gel)

- É a aplicação de um anti-séptico, com a finalidade de reduzir a carga microbiana.
- Pode-se utilizar álcool gel em substituição a lavagem das mãos com água e sabão sempre que não houver sujidade grosseira ou matéria orgânica.
- Coloque o produto na palma de uma das mãos.
- Friccione até secar, toda a superfície das mãos atentando para interdígitos e dorso dasmãos.
- Após a terceira ou quarta aplicação do álcool gel as mãos devem ser lavadas com água e sabão.

3.4 Lavagem das mãos com água e sabão

- É o emprego de água e um agente tensoativo com a finalidade de remover sujidades.
- É recomendada em todas as áreas do hospital onde não houver indicação para o uso de anti-sépticos.
- Molhe as mãos.
- Aplique o sabão na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 15 segundos. (importante friccionar o dorso das mãos e interdígitos).
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com a mesma.
- Seque as mãos com papel toalha.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

Nota: A transmissão de microorganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.5 Lavagem das mãos com anti-séptico (clorexidine degermante)

É o emprego de água, um agente tensoativo associado a um anti-séptico com afinalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana das mãos.

Está recomendado em áreas críticas do hospital

- Molhe as mãos.
- Aplique o anti-séptico na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 60 segundos (importante friccionar o dorso das mãos e interdígitos)
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com a mesma.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

Nota: A transmissão de microorganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.6 Degermação cirúrgica das mãos com anti-séptico

- É a aplicação de água, tensoativo e anti-séptico com a finalidade de remover sujidade, reduzir a carga microbiana e manter efeito residual.
- Está indicada antes de procedimentos cirúrgicos e/ou procedimentos invasivos.
- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Realizar a degermação das mãos com PVPI ou Clorexidine degermante por 3 a 5 minutos.
- Realizar escovação das unhas e leito ungueal.
- Manter os antebraços fletidos e afastados do corpo para que a água escorra das mãospara os antebraços.
- Utilizar compressas estéreis para secar as mãos.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Higiene das Mãos	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro SCIH Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a organização e a conferência de validade dos materiais e medicamentos contidos na Unidade Móvel de Emergência e o bom funcionamento dos equipamentos que compõe o mesmo.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Abertura do Lacre.

O carro de emergência deverá ser aberto somente nos seguintes casos:

1. Mensalmente, para conferência.
2. Nas auditorias.
3. Nas intercorrências (neste caso, deverá constar intercorrência, quarto, leito e hora)

3.1.1 Como Proceder:

Sempre que o lacre for violado deve constar a legenda (1, 2 ou 3) em espaço determinado do formulário controle carrinho emergência.

Quando aberto devido intercorrências e coincidir com a data de conferência anotar e checar os itens 1 e 3 .

Na utilização de materiais e medicamentos estes devem ser repostos, de acordo com a disposição e o nº de medicamentos e materiais pré-estabelecidos.

Nota: Bimestralmente os formulários de controle do carrinho de emergência preenchidos, devem ser arquivados na pasta para impresso de geladeira e carro de emergência nas unidades

3.2 Competências da Equipe de Enfermagem

O Auxiliar/ Técnico ou Enfermeiro deve diariamente, a cada início de plantão:

- Conferir o(s) lacre(s) do carro de emergência e anotar em impresso próprio carimbar e assinar;
- Checar o material contido na base do carro conforme relação exposta na pasta de procedimento;
- Testar o funcionamento do desfibrilador;
- Realizar desinfecção do carro com álcool a 70%.

O Enfermeiro deve realizar a conferência total do carro de emergência no primeiro dia útil de cada mês seguindo os seguintes períodos:

- Manhã: PA e SADT
- Tarde: Unidades de Internação/ UTI adulto, pediátrica e neonatal/ Pediatria, Maternidade, Berçário e CO.

E deve avaliar a quantidade e a validade dos materiais/ medicamentos e efetuar troca destes sempre com seis meses de antecedência do vencimento. Checar, anotar, carimbar e assinar os itens do formulário do carro de emergência.

Nota: Sempre que o carro for aberto, o enfermeiro deve realizar a conferência completa da unidade móvel de emergência, colocar um novo lacre e anotar em impresso próprio.

3.3 Psicotrópicos - Fluxo

O fluxo de Psicotrópicos - Distribuição e Controle encontra-se disponível em todas as Unidades Móveis de Emergência.

3.4 Medicações de Alta Vigilância

As Medicações, designadas pela OMS como de alta vigilância, devem estar identificadas com tarja na cor vermelha, na gaveta, na Tabela de Composição da Unidade Móvel de Emergência e na própria embalagem.

3.5 Tabela de Composição da Unidade Móvel de Emergência

Todas as Unidades Móveis de Emergência devem conter a Tabela de Composição de cada uma.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Conferência da Unidade Móvel de Emergência	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimento para o fornecimento de parâmetros necessários para a avaliação do paciente.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório e todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Pressão Arterial – Verificação Manual

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Prepara o material em uma bandeja e levar até o quarto/box;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Dispor o material sobre a mesa auxiliar;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Realizar a desinfecção das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
- Deixar o paciente em posição confortável, com o braço apoiado em superfície plana e com a palma da mão para cima;
- Colocar o manguito no braço e fixá-lo acima do cotovelo, deixando o ponteiro do manômetro de gravidade de mercúrio à vista;
- Localizar a artéria braquial com os dedos indicador e médio;
- Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;
- Fechar a válvula e insuflar o manguito até não sentir mais o pulso radial;
- Descomprimir o manguito até o ponto em que o último som distinto for ouvido. Esta é a pressão diastólica;
- Abrir a válvula e descomprimir o manguito completamente;
- Desinsuflar totalmente o manguito, em caso de nova verificação;
- Deixar o paciente confortável e recolher todo o material;
- Higienizar as mãos conforme POP, na saída do quarto/box ou a cada paciente em caso de enfermaria;

- Registrar o valor da pressão no sistema de PEP/Sinais Vitais, conforme valor aferido e assinar relatório;
- Checar na prescrição.

3.2. Pressão Arterial - Verificação com Monitor Multiparamétrico

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Conferir a pulseira de identificação;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Deixar o paciente em posição confortável, com o braço apoiado em superfície plana e com a palma da mão para cima;
- Colocar o manguito no braço e fixá-lo acima do cotovelo;
- Acionar o botão e aguardar o resultado;
- Proceder a leitura do monitor;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos, conforme POP na saída do quarto/box ou a cada paciente;
- Registrar o valor da pressão no sistema PEP/Sinais Vitais, e assinar relatório;
- Checar na prescrição.

3.3. Pulso – Verificação Manual

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Palpar o pulso radial, carotídeo, pedioso ou femoral com os dedos indicador e médio;
- Proceder a contagem dos batimentos cardíacos durante um minuto no relógio de ponteiro;
- Verificar a frequência, ritmo, tensão ou volume do pulso;
- Deixar o paciente confortável e recolher todo o material;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Registrar o valor do pulso no sistema PEP/Sinais Vitais, conforme e assinar relatório;
- Checar na prescrição.

3.4. Pulso - Verificação com Monitor Multiparamétrico

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Colocar os eletrodos no tórax do paciente e conectar ao cabo de ECG;
- Configurar o monitor na derivação adequada, para manter um traçado isoelétrico;
- Acionar o botão e aguardar o resultado;
- Proceder a leitura do monitor;
- eixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Registrar o valor do pulso no sistema PEP/Sinais Vitais, e assinar o relatório
- Comunicar o médico se intercorrências ou anormalidades.

3.5. Respiração – Verificação Manual

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP na entrada do quarto/box;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Realizar a contagem da respiração logo após a contagem do pulso;
- Manter os dedos no pulso e observar a expansão do tórax ou abdome;
- Proceder a contagem da respiração (inspiração e expiração) durante um minuto no relógio de ponteiro;
- Deixar o paciente confortável e recolher todo o material;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Registrar o valor da respiração no sistema PEP/Sinais Vitais, conforme e assinar o relatório.

3.6. Respiração - Verificação com Monitor Multiparamétrico

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Colocar os eletrodos no tórax do paciente e conectar ao cabo de ECG;
- Verificar se o monitor está configurado com a frequência respiratória;

- Verificar o valor registrado na tela;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Registrar o valor da respiração no sistema PEP/Sinais Vitais, e assinar o relatório.

3.7. Temperatura

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Quando termômetro de mercúrio, certificar-se que a coluna de mercúrio esteja abaixo de 35°C, e quando termômetro digital aguardar zerar;
- Secar a axila do paciente com papel toalha, caso esteja molhada de suor;
- Colocar o bulbo do termômetro na parte côncavo da axila e comprimir o braço sobre ele, dobrando então o braço sobre o tórax;
- Manter o termômetro de coluna de mercúrio na axila de 3 a 5 minutos, se termômetro de digital aguardar o sinal sonoro;
- Retirar o termômetro;
- Proceder a leitura dele;
- Realizar a antissepsia do termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Registrar o valor da temperatura no sistema PEP/Sinais Vitais, e assinar relatório;
- Checar na prescrição.

3.8. Oximetria de Pulso

- Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Explicar ao paciente o procedimento;
- Verificar o funcionamento do aparelho antes de levá-lo para o quarto;
- Higienizar as mãos, conforme POP, na entrada do quarto/box;
- Posicionar o paciente em posição confortável;
- Ligar o aparelho;

- Realizar a limpeza com álcool 70% no sensor;
- Instalar o conector preferencialmente no dedo indicador;
- Colocar o sensor em contato um a unha do paciente;
- Aguardar aparecer o valor referência para posterior anotação;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Desligar o aparelho e acondicioná-lo em local próprio;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Realizar anotações de enfermagem no sistema PEP/Evoluções, e assinar relatório;
- Checar na prescrição;
- Comunicar o médico em caso de alterações e anormalidades;

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Verificação de Sinais Vitais	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro SCIH Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a prática para a realização da Anotação de Enfermagem nas unidades assistenciais, para assegurar a comunicação, garantir a continuidade das informações nas 24 horas e fornecer subsídios para a conduta diagnóstica e terapêutica, além do respaldo legal dos profissionais de enfermagem.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

É o registro de informações relativas ao paciente, organizadas de forma a reproduzir os fatos na ordem em que se sucedem.

Deve ser anotado:

1- Sinais e sintomas e intercorrências, apresentadas pelo paciente;

2- Respostas do paciente às ações realizadas;

3-Todos os cuidados prescritos e executados, em função de um determinado tratamento ou diagnóstico, ou a justificativa quando não realizado.

3. 2 Executante

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

3.3 Registros

Deve ser realizado no Prontuário eletrônico, no Sistema ou em folha física. Os setores que realizam registro manuscrito devem realizá-lo no formulário correspondente.

3.3.1 Procedimento no Sistema

O colaborador da enfermagem das unidades assistenciais deve:

1. Utilizar um terminal de computador na sua unidade;
2. Abrir o sistema, utilizando o ícone disposto na área de trabalho;
3. Entrar no sistema, realizar l[illegible]eu usuário e senha;

1842

4. Abrir o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
5. Selecionar o setor em que o paciente se encontra internado;
6. Identificar o paciente (sempre conferir sobrenome e leito) que deseja realizar a Anotação de Enfermagem;
7. Abrir o prontuário do paciente selecionado;
8. Entrar no item correspondente;
9. Realizar a Anotação de Enfermagem, utilizando o padrão institucional, colocando o horário para cada evento realizado. Não é necessário colocar data. O sistema gera esta informação;
10. Salvar o documento ao término de cada Anotação de Enfermagem, porém não liberar. Esta ação permite acrescentar as anotações dos horários subseqüentes;
11. Para anotar sinais vitais, seguir os passos acima descritos até o item 7, e entrar no item sinais vitais;
12. Digitar os valores nos campos correspondentes;
13. Salvar o documento;
14. Após a última anotação realizada, conferir os dados anotados, salvar, liberar e imprimir o documento;
15. Sair do sistema, utilizando o ícone de saída;
16. Carimbar e assinar todas as folhas ao final do registro.

3.3.2 Procedimento para Anotação Manual

- Utilizar caneta azul em todos os plantões;
- Identificar o formulário próprio, com os dados do paciente ou etiqueta;
- Colocar a data (uma única vez) e horário (para cada anotação realizada);
- Não deve conter rasuras e a letra deve ser legível;
- Não deixar linhas em branco entre as anotações;
- Realizar a anotação de enfermagem, utilizando o padrão institucional;
- Carimbar e assinar ao término de cada registro.

3.4 Normas para realizar Anotação de Enfermagem

- Registrar horário antes de cada Anotação de Enfermagem realizada;

- Realizar Anotação de Enfermagem salientando as condições clínicas do paciente ao início e final de cada período;
- Anotar sinais e sintomas e queixas apresentadas ou relatadas pelo paciente ou familiar;
- Registrar as intercorrências ocorridas durante o período, presenciadas ou relatadas;
- Anotar a administração de medicamentos, identificando o número da prescrição médica, e todos os cuidados prestados ao paciente, ou a justificativa quando não realizados;
- Anotar a realização de curativos, troca de sondas e dispositivo venoso, bem como o motivo da realização do procedimento, material utilizado e quantidade;
- Anotar admissão, alta e transferência;
- Anotar encaminhamentos realizados;
- As informações contidas na Anotação de Enfermagem devem ser completas;
- Não devem conter impressões pessoais, e sempre que anotar um fato relatado pelo paciente utilizando suas palavras, deve vir entre aspas;
- Utilizar a terminologia científica correta ao anotar, e utilizar siglas padronizadas;
- Efetuar a Anotação de Enfermagem de forma clara, objetiva e precisa, tomar cuidado com erros de digitação, ortográfico e de pontuação.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Anotação de Enfermagem	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão
Enfermeiro

Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os cuidados de enfermagem necessários para a realização de glicemia capilar.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais

3. DESCRIÇÃO

3.1 Auxiliares de enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

O Colaborador da Enfermagem deve:

- Verificar na prescrição médica o procedimento;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Preparar o material e levá-lo até o leito do paciente;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Deixar o material a ser usado na mesa auxiliar;
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento a ser realizado;
- Checar pulseira de identificação;
- Inserir a tira teste no aparelho;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar antissepsia do local com álcool 70% e aguardar secar;
- Perfurar a face lateral do dedo com lanceta;
- Comprimir o dedo para obter uma gota de sangue;
- Tocar a gota de sangue na tira para teste;
- Comprimir o local perfurado com algodão seco, observando contenção do sangramento;
- Observar no aparelho o resultado obtido e informar ao paciente e/ou acompanhante;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Deixar o paciente confortável, recolhendo todo o material;
- Desprezar os resíduos em seus recipientes específicos no expurgo;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Registrar no relatório de enfermagem no sistema, carimbar e assinar;
- Checar a prescrição médica conforme POP.

Notas:

1 - No recém-nascido, o procedimento deve ser realizado no berçário, comunicando previamente a mãe. A punção deve ser realizada na região calcânea.

2 - O aparelho de Glicemia Capilar deve estar previamente calibrado e se, ao ligar, detectar que está fora das condições de uso, encaminhar à Gerência de Enfermagem para substituição por outro novo.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Glicemia Capilar	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		

	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o preparo e administração de medicação na ampola retal.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

É a administração de medicamento na ampola retal, para tratamento com a absorção pela mucosa, ou para lavagem intestinal.

3.2 Material

- Medicação prescrita;
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta para identificar o medicamento;
- Gel anestésico;
- Gaze não estéril;
- Comadre ou fralda se necessário.

3.2.1 Preparo

- Conferir prescrição médica: nome, presença de alergia, dose, via de administração e intervalo da dose prescrita, data de validade;
- Higienizar as mãos conforme POP e reunir o material;
- Manter a medicação dentro do invólucro plástico, e identificar com a etiqueta preenchida;

Notas:

1. Preparar a medicação e administrá-la seguindo os 9 certos: Medicação certa; Paciente certo; Dose certa; Via certa; Horário certo; Registro certo; Ação certa; Forma farmacêutica certa; Monitoramento certo.
2. Preencher a etiqueta com 5 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa.

- Reunir o material na bandeja de inox, previamente desinfetada com álcool 70%.

3.3 Administração do medicamento

3.3.1 Beira leito

Levar a medicação à beira do leito;

Nota: Levar ao quarto, na bandeja, APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.3.2 Pulseira de Identificação

Conferir a pulseira de identificação:

- Paciente e/ou acompanhante:
  - nome completo;
  - data de nascimento;
- Pacientes *sem* acompanhantes, *confusos* ou *inconscientes*:
  - comparar com a etiqueta do prontuário.

3.3.3 Procedimentos

- Higienizar as mãos conforme POP;
- Orientar paciente e/ou acompanhante, para evitar constrangimento, e usar biombo se necessário;
- Manter a privacidade do paciente;
- Conferir o medicamento;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Falar o nome da medicação a ser administrada;
- Esclarecer a possibilidade de desconforto, após a introdução do medicamento;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Proteger o leito com toalha, próxima à região onde será administrada a medicação;
- Expor apenas a região necessária;
- Afastar a prega inter glútea;
- Orientar o paciente a respirar lentamente pela boca (para promover relaxamento do esfíncter anal):

Supositório: Lubrificar o dedo enluvado com gel anestésico, e introduzir a medicação de 4 a 6 cm dentro do reto. Aplicar pressão com o dedo enluvado sobre o ânus para evitar a expulsão do medicamento.

Minilax: Lubrificar a ponta do aplicador com gel anestésico com a gaze, introduzir todo aplicador e injetar o líquido lentamente. Utilizar luvas.

Frasco com solução ou medicação (enteroclisma): Conectar o equipo na sonda retal, lubrificar a ponta com gel anestésico com gaze, e introduzir aproximadamente 10 cm. Injetar o líquido aquecido previamente, lentamente.

> **Nota:** A equipe de enfermagem do setor SADT, deve seguir as orientações da administração de medicamento via retal por enteroclisma, ao administrar contraste diluído via retal.

- Oferecer a fralda ou a comadre, conforme a necessidade do paciente;
- Orientar o paciente para solicitar a enfermagem, se necessário;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Desprezar no expurgo: luvas, embalagem, gazes, frasco e equipo no lixo infectante;

> **Nota:** Manter o equipo conectado ao frasco, ao desprezar.

- Lavar a bandeja com água e sabão, e secar;
- Higienizar a bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Checar a prescrição médica, conforme POP;
- Realizar anotação de enfermagem, conforme POP.

Nota: Anotar o efeito da medicação administrada.

3.4 Dúvida referente a Medicação

Caso o paciente e/ ou acompanhante apresente QUALQUER DÚVIDA referente à medicação, a equipe de enfermagem deve retornar ao posto de enfermagem, e conferir novamente (9 certos) a medicação a ser administrada, ANTES DE ADMINISTRÁ-LA.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Preparo e Administração de Medicação por Via Retal	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão
Enfermeiro Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem
Análise

	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o preparo e a administração de medicamento pela cavidade oral.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

É a administração de medicamento, através da cavidade oral. Terapêutica que utiliza o trato gastrintestinal para absorção do medicamento.

3.2 Material

- Medicação prescrita;
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta para identificar o medicamento;
- Copo descartável;
- Máscara, se necessário;
- Macerador se necessário;
- Seringas para administrar medicação líquida, se necessário.

3.2.1 Preparo da medicação com apresentação em comprimido, drágea ou cápsula

- Conferir prescrição médica: nome, presença de alergia, dose, via de administração e intervalo da dose prescrita, data de validade, jejum;
- Colocar a máscara se macerar o comprimido;
- Higienizar as mãos conforme POP e reunir o material;
- Manter a medicação dentro do invólucro plástico, e identificar com a etiqueta preenchida;
- Macerar o comprimido, se necessário, e diluir com água filtrada.

3.2.2 Preparo da medicação com apresentação em solução, suspensão, xarope ou gotas

- Conferir prescrição médica: nome, presença de alergia, dose, via de administração e intervalo da dose prescrita, data de validade, jejum;
- Higienizar as mãos conforme POP e reunir o material;

> **Nota:** Não misturar medicações em uma mesma seringa.

- Aspirar do frasco, com seringa, o volume correspondente à dose prescrita, ou pingar as gotas em copo descartável, conforme prescrição médica;
- Identificar a seringa ou o copo descartável com a etiqueta preenchida.

3.3 Administração do medicamento

3.3.1 Beira leito

- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Levar a medicação à beira do leito.

> **Nota:** Levar ao quarto a bandeja com APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.3.2 Pulseira de Identificação

Conferir a pulseira de identificação:

- Paciente e/ou acompanhante:
  - nome completo;
  - data de nascimento;

- Pacientes *sem* acompanhantes, *confusos* ou *inconscientes*:
  - comparar com a etiqueta do prontuário.

3.3.3 Procedimento

- Auxiliar o paciente a se sentar na cama;
- Falar o nome da medicação a ser administrada;
- Medicação:

- Comprimidos, drágeas, cápsulas: oferecer copo descartável, para o paciente engolir a medicação;
- Macerada: Oferecer ao paciente a medicação diluída, em copo descartável ou seringa;
- Gotas, xarope solução ou suspensão: oferecer em copo descartável ou seringa ao paciente. Se necessário, colocar lentamente a medicação em sua boca, e esperar a deglutição.

- Orientar o paciente para solicitar a enfermagem, se necessário;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Desprezar no expurgo: luvas, copo descartável, invólucro da medicação ou seringa no lixo infectante;
- Lavar a bandeja com água e sabão, e secar;
- Higienizar a bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Checar a prescrição médica, conforme POP;
- Realizar anotação de enfermagem, conforme POP.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Preparo e Administração de Medicamentos por Via Oral	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão
Enfermeiro Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem
Análise

	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o preparo e administração de medicamento no tecido subcutâneo.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

É a introdução de medicamentos no tecido subcutâneo.

3.2 Material

- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Etiqueta para identificar o medicamento
- Seringa de 1 ml;
- Agulha 13 X 4,5 (quando a seringa não tiver agulha acoplada);
- Agulha 40 X 12;
- Algodão;
- Almotolia de álcool a 70%.

> **Nota:** Levar ao quarto, na bandeja, APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.2.1 Preparo

- Conferir prescrição médica: nome, presença de alergia, dose, via de administração e intervalo da dose prescrita, data de validade;

- Preparar a medicação e administrá-la seguindo os 9 certos: Medicação certa; Paciente certo; Dose certa; Via certa; Horário certo; Registro certo; Ação certa; Forma farmacêutica certa; Monitoramento certo;
- Preencher a etiqueta com os 5 certos: paciente certo, medicação certa, dose certa, via certa, horário certo;
- Colocar a máscara;
- Higienizar as mãos conforme POP e reunir o material;
- Realizar desinfecção da ampola ou frasco ampola da medicação com álcool a 70%;
- Aspirar a medicação com agulha 40X12;
- Trocar a agulha pela 13 X 4,5;
- Rotular a seringa com a etiqueta preenchida;
- Desprezar: agulha e ampola ou frasco ampola na caixa de perfuro cortante do posto de enfermagem, embalagens e algodão distribuir entre lixo reciclável e comum;
- Reunir o material na bandeja de inox, previamente desinfetada com álcool 70%.

Nota: NÃO forrar a bandeja com papel toalha ou compressa.

3.3 Administração do medicamento

3.3.1 Beira leito

Levar a medicação à beira do leito;

Nota: Levar ao quarto, a bandeja com APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.3.2 Pulseira de Identificação

Conferir a pulseira de identificação:

- Paciente e/ou acompanhante:
  - nome completo;
  - data de nascimento;

- Pacientes *sem* acompanhantes, *confusos* ou *inconscientes*:

- comparar com a etiqueta do prontuário.

3.3.3 Procedimento

- Higienizar as mãos, conforme POP;
- Orientar paciente e/ou acompanhante;
- Manter a privacidade do paciente;
- Conferir o medicamento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Selecionar o melhor local para a aplicação da medicação;

> **Nota:** Rodiziar o local da aplicação, e ANOTAR a região corpórea onde realizou a medicação.

- Realizar a antissepsia do local de escolha, com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90º;

> **Nota:** Considerar um ângulo de 45º em paciente emagrecido ou criança.

- Aspirar e verificar se não atingiu vaso sanguíneo;

> **Nota:** Não aspirar para verificar se atingiu vaso sanguíneo, para as medicações: insulina, heparina e clexane®.

- Aplicar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha com movimento único;
- Comprimir o local por alguns segundos com o algodão, e não massagear;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Reunir o material utilizado;

> **Nota:** NÃO reencapar a agulha.

- Auxiliar o paciente a se recompor;
- Manter o paciente confortável;
- Desprezar no expurgo: luvas e algodão no lixo infectante e seringa com agulha, no coletor de perfurocortante;
- Lavar a bandeja com água e sabão, e secar;
- Higienizar a bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos conforme POP;
- Checar a prescrição médica, conforme POP;
- Realizar anotação de enfermagem, conforme POP.

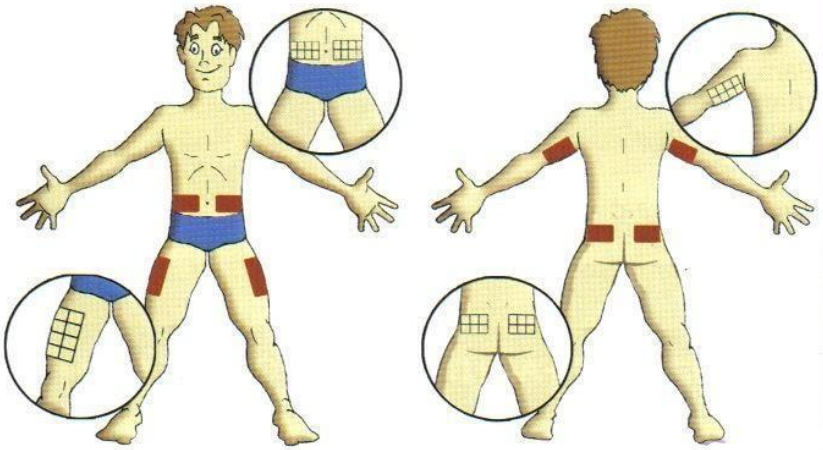
> **Nota:** INSULINA: o frasco depois de aberto deve permanecer na embalagem, identificado com a etiqueta do paciente, com a data de abertura, válido por 30 dias.

3.3.4 Locais para aplicação

Os locais indicados são:

- Adulto: parte externa superior e posterior do braço, o abdome (manter distância de 3 cm do umbigo), face externa e superior da coxa e porções das nádegas. Evitar local de proeminências ósseas.

- Criança e paciente em uso de fralda: aplicar a medicação via subcutânea, na área posterior-superior do braço, devido ao risco de contaminação pela presença de fezes ou urina.



3.4 Orientações ao paciente e/ ou acompanhante

- Solicitar que comunique à enfermagem se persistência de rubor ou calor nos locais de aplicação;
- Salientar a importância de alterar o local de aplicação da medicação a cada vez.

3.5 Dúvida referente a Medicação

Caso o paciente e/ ou acompanhante apresente QUALQUER DÚVIDA referente à medicação, a equipe de enfermagem deve retornar ao posto de enfermagem, e conferir novamente (5 certos) a medicação a ser administrada, ANTES DE ADMINISTRÁ-LA.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Preparo e Administração de Medicação por Via Subcutânea	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro Liderança de enfermagem Gerência de enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o preparo e a administração de medicamento intramuscular.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

É a introdução de medicamentos no tecido muscular.

3.2. Músculos Indicados

Os músculos indicados são: **Dorso Glúteo, Ventro Glúteo, e Vasto Lateral da Coxa.**

> **Nota:** A equipe de enfermagem deve levar ao quarto, na bandeja, APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.3 Agulhas indicadas

Calibre da agulha	Local	Características do paciente
30 X 7	Ventro glúteo Dorso glúteo	- Pacientes adultos - Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 kg - Mulheres entre 60 e 90 Kg
25 X 7	Vasto lateral da coxa	- Pacientes adultos - Mulher com peso superior a 90 kg é indicado agulhas com pelo menos 3,8 cm de comprimento
25 X 6		- Criança – a avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão.

3.4 Volume máximo de medicação:

Idade	Ventro Glúteo	Dorso Glúteo	Vasto Lateral da Coxa
Prematuros (acima de 2Kg)	-	-	0,5ml
Neonatos	-	-	0,5ml
Lactentes	-	-	1,0ml
Crianças de 3 a 6 anos	1,5ml	1,0ml	1,5ml
Crianças de 6 a 14 anos	1,5 – 2,0ml	1,5 – 2,0ml	1,5ml
Adolescentes	2,0 – 2,5ml	2,0 – 2,5ml	1,5 – 2,0ml
Adultos	4,0	4,0ml	4,0ml

Nota: A enfermeira da UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Pediatria deve avaliar a massa muscular e peso da criança, antes de administrar medicação IM.

3.5 Material

- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Etiqueta para identificar o medicamento;
- Seringa de volume adequado;
- Agulha 40 X 12, para aspirar;
- Agulha de tamanho adequado, para aplicar.

3.6 Preparo

- Conferir prescrição médica: nome, presença de alergia, dose, via de administração e intervalo da dose prescrita, data de validade;
- Colocar a máscara;

- Higienizar as mãos conforme POP e reunir o material;
- Realizar desinfecção da ampola do diluente e/ ou do frasco ampola da medicação com álcool a 70%;

Nota: Não misturar medicações em uma mesma seringa para administração intramuscular, para evitar interação medicamentosa.

- Aspirar a medicação, ou reconstituí-la, com a agulha 40X12;
- Preencher a etiqueta com os 5 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa;
- Rotular a seringa com a etiqueta preenchida;
- Desprezar agulha e ampola ou frasco ampola na caixa de perfuro cortante do posto de enfermagem, embalagens e algodão distribuir entre lixo reciclável e comum;
- Reunir o material na bandeja de inox, previamente desinfetada com álcool 70%, sem forrar com papel toalha.

Nota: Identificar o frasco ampola, em caso de sobra de medicação ou medicação multidose, com nome do colaborador, diluente utilizado, data de validade do medicamento após preparo, e armazenar em local adequado, de acordo com orientação da Farmacêutica.

3.7 Administração do medicamento

3.7.1 Beira leito

Levar a medicação à beira do leito;

Nota: Levar ao quarto, na bandeja, APENAS a medicação do paciente a ser medicado.

3.7.2 Pulseira de Identificação

Conferir a pulseira de identificação:

- Paciente e/ou acompanhante:

  - nome completo;

- data de nascimento;

- Pacientes *sem* acompanhantes, *confusos* ou *inconscientes*:

- comparar com a etiqueta do prontuário.

3.7.3 Procedimentos

- Higienizar as mãos conforme POP;
- Orientar paciente e/ou acompanhante;
- Manter a privacidade do paciente;
- Conferir o medicamento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar as condições musculares e selecionar o melhor local para a aplicação da medicação, de acordo com o volume;
- Realizar a antissepsia do local de escolha, com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Introduzir a agulha no músculo de escolha, em ângulo de 90º;
- Aspirar e observar se reflui sangue;

Nota: Não injetar o medicamento se houver refluxo de sangue, preparar novo medicamento.

- Aplicar a medicação, conforme técnica estabelecida por local de aplicação;
- Reunir o material utilizado;

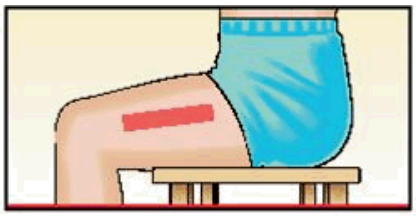
Nota: Não reencapar a agulha.

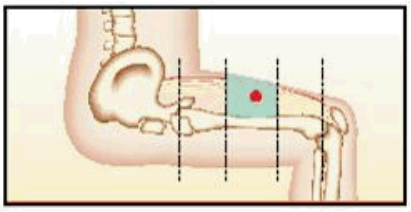
- Auxiliar o paciente a se recompor;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Desprezar no expurgo: luvas e algodão no lixo infectante, e seringa com agulha no coletor de perfuro cortante;
- Lavar a bandeja com água e sabão, e secar;
- Higienizar a bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos conforme POP;

- Checar a prescrição médica, conforme POP;
- Realizar anotação de enfermagem, conforme POP, e descrever o local de aplicação;

3.7.4 Locais para aplicação

3.7.4.1 Músculo Vasto Lateral da Coxa

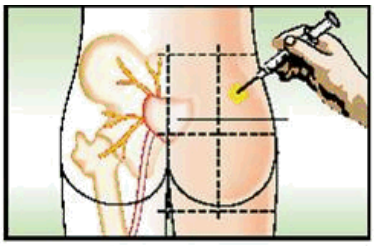




Demarcação do local para a injeção

Palpar o trocânter maior e as articulações do joelho, dividir a distância vertical das duas estruturas em três partes, no terço médio, aplicar a medicação.

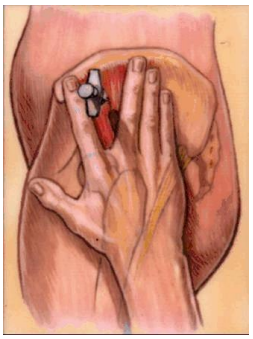
3.7.4.2 Músculo Dorso Glúteo



Demarcação do local de aplicação:

Quadrante superior externo, referência o início sulco inter glúteo para delimitar a linha imaginária que divide o glúteo em parte superior e inferior.

3.7.4.3 Músculo Ventro Glúteo



Demarcação do local de aplicação

Localizar o trocânter maior, o tubérculo ilíaco ântero-superior e a crista ilíaca posterior; colocar a palma da mão sobre o trocânter maior, o dedo indicador sobre o tubérculo ilíaco ântero-superior e o dedo médio na crista ilíaca posterior o mais longe possível; aplicar a medicação dentro do centro do **"V"** formado pelos dedos.

3.7.4.4 Aplicação em "Z"

A técnica consiste em esticar a pele para baixo, ou para o lado, na aplicação da medicação em dorso glúteo, até o final da administração da medicação.

Nota: Não realizar massagem.

3.8 Dúvida referente a Medicação

Caso o paciente e/ ou acompanhante apresente QUALQUER DÚVIDA referente à medicação, a equipe de enfermagem deve retornar ao posto de enfermagem, e conferir novamente (9 certos) a medicação a ser administrada, ANTES DE ADMINISTRÁ-LA.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão:

		Versão: 00	02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro Liderança de enfermagem Gerência de enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os materiais que compõem as bandejas de intubação adulto e intubação infantil.

2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Materiais da bandeja Infantil

- Jogo de laringoscópio com lâminas curvas n° 0/ 1/ 2 e retas n° 00/ 0/ 1/ 2;
- Fio guia estéril para intubação;
- Cânula de guedel nº 0/ 1/ 2/ 3;
- Presilha / Cabresto e máscaras infantis 1/ 2/ 3 e RN;
- Circuito de baraka com balão pequeno e médio;
- Manguito Prematuro/ RN/ Infantil;
- Pinça de Maguil infantil.

3.2 Materiais da Bandeja Adulto

- Jogo de laringoscópio com lâminas curvas e retas n° 3/ 4/ 5;
- Fio guia estéril para intubação;
- Cânula de guedel nº 3/ 4/ 5;
- Xilocaína spray;
- Presilha/ Cabresto e máscaras;
- Pinça de Maguil.

3.3 Conservação

O colaborador da enfermagem deve:

- Manter as bandejas de intubação organizadas;
- Lavar com água e sabão: lâminas do laringoscópio, máscaras e circuitos de baraka após utilização;
- Realizar antissepsia das lâminas do laringoscópio com álcool a 70%, após cada procedimento cirúrgico e repor o material utilizado.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Bandeja de Intubação Adulto e Infantil	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o uso da caixa de perfurocortante para prevenir acidentes.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

A caixa de perfurocortante acomoda objetos pontiagudos ou escarificantes (ex.: agulhas, bisturi, vidros quebrados, cateteres agulhados e lâminas de barbear).

É confeccionado a partir do papelão ondulado (caixa externa e bandeja), papelão couro (cinta lateral e fundo rígido) e polietileno de alta densidade (sacola para revestimento).

3.2 Responsáveis

Equipe de enfermagem

3.3 Equipamento de Proteção Individual – EPI

- Luva
- Óculos de Proteção
- Avental

3.4 Material

- Coletor de material perfurocortante
- Suporte

3.5 Procedimento

3.5.1 Fechamento da caixa

O enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem deve:

- Paramentar-se com os EPI descritos no item 3.3;
- Tirar a caixa de perfurocortante do suporte;

- Verificar se está com apenas 2/3 de sua capacidade preenchida;

Notas:

1. Se a caixa de perfurocortante estiver preenchida acima de sua capacidade, deve-se comunicar o enfermeiro, para que abra a notificação de não conformidade.
2. O conteúdo da caixa de perfurocortante

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Caixa de Perfurocortante	Data de emissão: 02/01/2023 Versão: 00	Data de revisão: 02/01/2025

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Logo da unidade/ município	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Realização de Teste Rápido			
	Código:	Versão: 00	Página: 1 / 2	

1. OBJETIVO

Estabelecer, padronizar o atendimento para realização de teste rápido, principalmente nas gestantes que iniciaram o pré-natal, assim como seus parceiros.

.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório, unidade básica de saúde

3. DESCRIÇÃO

É de responsabilidade do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem:

1. Realizar a entrevista com o paciente; em sala reservada. (Sala de teste rápido)
2. Realizar o preenchimento dos impressos dos testes rápido obrigatórios;
3. Manter a pasta dos impressos em ordem:
   - Relatório do teste rápido realizado.
   - Ficha de atendimento.
   - Ficha de Laudo.
4. Pegar os testes, verificando corretamente o lote e quais insumos necessários;
5. Higienizar as mãos, conforme POP;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Realizar a antissepsia com álcool a 70% no localescolhido;
8. Realizar o procedimento de coleta conforme norma do fabricante.
9. Instruções para teste rápido:
   - Sífilis (VDRL) = 1 gota – resultado 10 a 15 minutos.
   - Hepatite B (HBsAg) = 1 gota – resultado após 30 minutos.
   - Hepatite C (HCV) = 4 gotas – resultados 5 a 20 minutos.
   - HIV = 2 gotas, resultado 15 a 30 minutos- Sangue (A) Diluente (B).
   - HIV 2º teste = 2 gotas de solução com sangue no recipiente (1) - aguardar 5 minutos.
     = 4 gotas no recipiente (2) - resultado em 10 minutos.

Nota:

O tempo descrito acima, pode mudar de acordo com o fabricante.

10. Realizar a anotação do procedimento no impresso diário e lançamento da produção no sistema;
11. Realizar anotação do resultado no impresso próprio (ficha de laudo) bem como realizar a anotação de enfermagem no prontuário do paciente, transcrevendo o resultado do teste;
12. Descartar agulha e lanceta na caixa de perfurocortantes;
13. Solicitar para o profissional da higiene e limpeza para realizar a limpeza concorrente ao final do expediente;
14. Manter o teste acondicionado na geladeira
15. Fechar com fita crepe, identifica e encaminhar caixa de perfurocortantes, assim que atingir a linha limite, ao expurgo, e colocar uma nova;
16. Repor material de acordo com a necessidade, mantendo a organização da sala.

O Enfermeiro deve:
Anotar em planilha os testes realizados, motivo e resultado em planilha própria;
Fechar a planilha mensalmente e elaborar relatório com os dados.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Realização de Teste Rápido	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Logo da unidade/ município	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Realização de Teste Rápido		
	Código:	Versão: 00	Página: 1 / 2

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer, padronizar e organizar a sala de teste rápido para atendimento.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório, unidade básica de saúde

3. DESCRIÇÃO

3.1 Preparo da sala

O técnico de enfermagem ou enfermeiro deve:

- ✓ Organizar a sala de coleta no dia anterior;
- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas bancadas;
- ✓ Verificar a caixa coletora de perfurocortante e se estiver repleta, lacrar, e encaminhar ao expurgo;
- ✓ Retirar as luvas e desprezá-las no lixo comum;
- ✓ Higienizar as mãos, conforme POP;
- ✓ Repor a caixa coletora de perfurocortante, anotando a data e nome;
- ✓ Repor material: lanceta, algodão, álcool 70%, luvas; formulários;
- ✓ Anotar a organização da sala no caderno de plantão.

> **Nota:** Solicitar ao profissional do serviço de Higiene e Limpeza que realize a limpeza do piso da sala antes de organizá-la e após cada coleta de exame.

3.2 Controle e recebimento do teste

- Receber material e conferir quantidade com a nota fiscal;
- Guardar as caixas de teste rápido na geladeira.

Nota: Conferir a temperatura da geladeira rigorosamente, conforme POP.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Organização da Sala de Teste Rápido	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o controle de temperatura e limpeza das geladeiras de medicamentos, com o objetivo de garantir a estabilidades de medicamentos conservados sob refrigeração.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório, unidade básica de saúde

3. DESCRIÇÃO

3.1 - Cuidados gerais com a geladeira:

- Uso exclusivo para medicamentos. Não é permitido armazenamento de alimentos ou bebidas.
- Não armazenar nenhum medicamento na porta da geladeira.
- Deve ficar longe de fonte de calor (raios solares).
- A fonte de energia elétrica deve ser unicamente destinada à geladeira. Não usar adaptador tipo "benjamin".
- Deve ficar perfeitamente nivelada e afastada da parede pelo menos 30 cm para permitir livre circulação de ar no condensador.
- A quantidade de gelo do congelador não deve ultrapassar 1 (um) centímetro.
- Limpar a superfície externa com álcool a 70% diariamente.
- **A temperatura deverá permanecer entre +2°C e +8°C.**
- Em caso de corte de energia elétrica, as portas da geladeira devem permanecer fechadas até que a situação se normalize. Quando o problema perdurar e não for possível prever sua duração, transferir os medicamentos para a geladeira da Farmácia do órgão de referência do município. Para isso, é necessário acondicionar os medicamentos em geladeira térmica, identificar com nome da unidade encaminhar (protocolo) **imediatamente** ao setor de Farmácia.

3.2 – Limpeza da Geladeira

Agente	Descrição
Enfermeiro/Técnico/Auxiliar de Enfermagem	▪ Periodicidade da Limpeza: **quinzenal.** ▪ A limpeza deve ser registrada em formulário próprio para controle da limpeza da geladeira de medicação; ▪ Os medicamentos devem ser transferidos para outra geladeira às 17h00; ▪ Desligar a geladeira e abrir a porta até que todo gelo aderido se desprenda. Não usar faca ou objeto pontiagudo para remoção do gelo, pois pode danificar os tubos de refrigeração; ▪ Limpar a geladeira com um pano umedecido em solução de água e sabão. Enxugar com pano limpo e seco. Não jogar água; ▪ Após a realização da limpeza, ligar a geladeira, manter a porta fechada por 01 hora e, após este tempo, se a temperatura do momento estiver entre +2ºC e +8ºC, recolocar os medicamentos.

3.3 – Controle de Temperatura

Agente	Descrição
Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Registrar em impresso próprio para controle de temperatura: • Hora • A temperatura do momento, que deve ser observada sem abertura da geladeira. • A temperatura mínima pressionando o botão (MIN). • A temperatura máxima pressionando o botão (MAX). • Após a verificação das temperaturas, pressionar o botão (RESET), para zerar as temperaturas registradas e iniciar novo período de controle. • Identificar com o nome completo e número do COREN - SP

Nota: O controle da temperatura deve ser realizado duas vezes ao dia, sendo uma no período da manhã (das 7h às 8h) e no período da tarde (das 16h00 às 17h00).

3.3.1 Alteração da Temperatura

Em caso de alteração da temperatura comunicar ***imediatamente*** a Gerente Assistencial e o Serviço de Manutenção.

3.4 – Cuidados com o Termômetro

- Manter o termômetro externo sempre em pé e fora da geladeira.
- Manter o bulbo do termômetro (sensor interno) na parte central da geladeira.
- Manter o termômetro seco.

3.5 – Formulário Controle de Temperatura

O formulário para controle de temperatura é padrão e deve ser solicitado à Gerente Assistencial.

Nota:

Os formulários, após preenchidos, devem ser arquivados por período de 5 anos em pasta própria (Pasta para Controle de Geladeira).

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Controle de Temperatura e Limpeza da Geladeira	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão

Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Logo da unidade/ município	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Retirada de Pontos		
	Código:	Versão: 00	Página: 1 / 3

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a retirada de fio de sutura utilizado para aproximar as bordas da pele.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório, unidade básica de saúde

3. DESCRIÇÃO

3.1 Material

- 01 tesoura íris ou similar
- 01 pinça kelly, dente de rato ou anatômica
- 01 par de luva de procedimento
- Gaze estéril
- 01 ampola de soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%), 10 ml

3.2 Procedimento

O técnico de enfermagem ou enfermeiro deve:

- Chamar o paciente, pelo nome indicado na ficha de atendimento;
- Higienizar as mãos com técnica adequada;
- Reunir o material e levar próximo ao paciente;
- Apresentar-se e explicar o que será realizado;
- Posicionar o paciente e expor apenas a área a ser tratada;
- Higienizar as mãos com técnica adequada;
- Abrir o pacote de retirada de pontos com técnica asséptica;
- Abrir 01 pacote de gaze sobre o campo do curativo;
- Abrir a ampola de SF 0,9%;
- Calçar as luvas;

- Umedecer gaze com SF0,9% e realizar a antissepsia da ferida;
- Com a pinça na mão não dominante, tracionar o ponto pelo nó, e com a tesoura na mão dominante, cortar o fio próximo à pele;
- Realizar o procedimento anterior, até remover todos os pontos;
- Desprezar cada ponto retirado em uma compressa de gaze;
- Fazer leve compressão com gaze no local, se houver pontos de sangramento;
- Auxiliar o paciente a se recompor e orientá-lo;
- Comunicar o enfermeiro se presença de sinais flogísticos;
- Reunir o material utilizado, desprezar no lixo infectante do expurgo; separar as pinças e colocá-las em recipiente próprio;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar procedimento no prontuário do paciente.

Nota:

Realizar curativo com gaze e Micropore® se a lesão estiver sangrando.

3.3 Compete ao Enfermeiro

- Avaliar o paciente e preencher Ficha de Avaliação;
- Realizar orientações pertinentes: data de retorno, higiene do local, receita médica.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

<table>
<tr><th colspan="4">Gestão da Qualidade</th></tr>
<tr><td>Tipo de documento</td><td>Procedimento Operacional Padrão</td><td colspan="2">Qualidade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Título</td><td rowspan="2">Retirada de pontos</td><td>Data de emissão: 01/04/2023</td><td rowspan="2">Data de revisão: 01/04/2025</td></tr>
<tr><td>Versão: 00</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">Elaboração/Revisão</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Análise</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Aprovação</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
<tr><td></td><td>Data</td><td>Assinatura/carimbo</td></tr>
</table>

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a limpeza dos transdutores da ultrassonografia.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DESCRIÇÃO

3.1 Higienização dos transdutores

A higienização deve ser realizada para remover a sujidade visível dos transdutores e do gel utilizado na realização do exame.

Nota:
Não utilizar álcool ou soluções que ressequem os transdutores.

3.2 Após a realização do exame

O técnico de enfermagem deve, após o término de cada exame:

- Higienizar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Retirar o preservativo do transdutor (quando houver).
- Realizar a higiene do transdutor com 01 lenço umedecido, específico para esse uso, descartando-o após o uso.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Higienizar as mãos as mãos.

3.3 Atribuições do Enfermeiro

- Monitorar a dinâmica da sala;
- Realizar os indicadores pertinentes;
- Atender aos casos de urgência.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Higiene dos Trandutores do Ultrassom	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a organização e fluxo para a coleta de exames laboratoriais.

.

2. APLICAÇÃO

Ambulatório

3. DESCRIÇÃO

3.1 Objetivos

- Padronizar a conduta relacionada à técnica de coleta de sangue venoso paraanálise laboratorial.
- Relacionar os procedimentos necessários para a coleta de sangue venoso paraanálise laboratorial.
- Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na coleta de sangue venosopara análise laboratorial.

3.2 Equipamento de Proteção Individual - EPI

- Luva de procedimento;
- Óculo protetor;
- Avental descartável.
- Calçados fechados e impermeáveis

3.3 Materiais:

- Sala bem iluminada e ventilada;
- Lavatório;
- Cadeira reta, braçadeira regulável ou maca.
- Garrote;
- Algodão hidrófilo;
- Álcool etílico a 70%;
- Álcool de Swab;
- Agulha descartável;

- Seringa descartável;
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos com e sem anticoagulante ou aditivo;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Recipiente rígido e próprio para desprezar material perfuro-cortante;
- Estantes para os tubos.

3.4 Procedimento

a) Fluxo de entrada

- ✓ Os pacientes devem entregar na recepção o pedido em guia SADT com carimboda unidade e profissional solicitante; cartão da unidade; cartão do SUS; documento de identificação com foto.
- ✓ Horário para recebimento de pedidos para a coleta das 06h30 às 07h15minh. Exceções comunicar ao Enfermeiro;
- ✓ A recepção deve fazer a impressão do cartão do SUS no verso da guia SADT eencaminhar ao setor da coleta, organizando por ordem de chegada com senhas comuns e prioridades (gestantes, crianças menores de 2 anos, idosos acima de 60 anos e portadores de necessidades especiais);
- ✓ Na falta de internet, a enfermagem deve registrar manualmente os dados do cartão do SUS no verso da guia SADT o responsável pelo laboratório;
- ✓ Os pacientes devem aguardar a chamada individualmente pela equipe de enfermagem.

O enfermeiro ou técnico de enfermagem deve:

- ✓ A enfermagem deve conferir o documento de identificação com foto (RG, CNH, carteirinhas de entidade de classe) e pedido médico que deverá ter o cartão do SUS impresso no verso pela recepção. Atentar para o carimbo da unidade e profissional solicitante.
- ✓ Verificar qual UBS de referência do paciente;
- ✓ Registrar na planilha de “REGISTRO DE COLETA” nome completo do paciente, data de nascimento, prontuário e exames que serão coletados;
- ✓ Colar a etiqueta de requisição na planilha de “REGISTRO DE COLETA”, guia SADT, nos

tubos e no protocolo que será entregue ao paciente;

- ✓ Chamar o paciente pelo nome e conferir o nome completo e pedir para conferir os documentos;
- ✓ Explicar o procedimento para o paciente.
- ✓ Confirmar período de jejum;
- ✓ Lavar as mãos e calçar as luvas;
- ✓ Colocar demais EPIs;
- ✓ Posicionar o paciente de modo a facilitar a localização da veia para punção;
- ✓ Solicitar que o paciente feche a mão;
- ✓ Colocar o garrote, aproximadamente há 4 a 8 cm acima do local escolhido para coleta de sangue;
- ✓ Não deve ser utilizado por mais de 1 minuto;
- ✓ Não apertar intensamente, o pulso deve permanecer palpável;
- ✓ Proceder à antissepsia da pele com swab de álcool;
- ✓ Aplicar o antisséptico sentido "caracol" do centro para periferia ou unidirecional,trocar o swab a cada antissepsia do local, esperar secar;
- ✓ Introduzir a agulha no local escolhido com o bisel posicionado para cima;
- ✓ Seguir a ordem padronizada: sequência de tubo vermelho/amarelo – roxo – cinza (exclusivo para coleta de glicemia).
- ✓ Aspirar à quantidade de sangue necessária para o (s) exame(s) a serem realizado(s) ou;
- ✓ Introduzir a agulha do dispositivo a vácuo com o bisel posicionado para cima, observar o preenchimento por sangue venoso e acoplar o frasco (tubos específicos para coleta laboratorial) diretamente no dispositivo a vácuo e aguardar o preenchimento até a linha específica da amostra desejada;
- ✓ Soltar o garrote e solicitar ao cliente que abra a mão;
- ✓ Retirar a agulha e comprimir o local da punção com algodão seco sem dobrar o braço do paciente, solicitando que ele continue a comprimir por mais dois ou três minutos;
- ✓ Colocar o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pela parede do tubo;
- ✓ Homogeneizar suavemente os tubos de 5 a 8 vezes por inversão completa;
- ✓ Recolher o material, desprezando a agulha e a seringa na caixa de descarte para

perfurocortante e desprezar em saco de lixo branco;

- ✓ Não reencapar a agulha;
- ✓ Retirar as luvas de procedimento;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Entregar ao paciente o protocolo de coleta contendo: data da coleta e número deetiqueta;
- ✓ Preencher no verso da guia SADT com as informações sobre o tempo de Jejum,carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento;
- ✓ Orientar quanto a retirada do resultado em até 30 dias com o protocolo, caso oexame tenha sido solicitado por profissionais de outra unidade.
- ✓ Preencher o relatório de envio;
- ✓ Proceder com o encerramento da coleta com a segregação dos tubos por cor, sendo acondicionados em sacos plásticos transparentes e colocados dentro da maleta térmica em temperatura ambiente, previamente identificados com as etiquetas de transporte e aguardar a retirada pelo motorista. Acondicionar as guias SADT em malote próprio;
- ✓ Organizar setor
- ✓ Chamar equipe de limpeza ao término da coleta para retirar o lixo, repor insumose realizar a limpeza do setor.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Coleta de exames de sangue	Data de emissão: 01/04/2023	Data de revisão: 01/04/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão

Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Endoscopia e Colonoscopia

Objetivo: Garantir a segurança e a qualidade no atendimento durante a realização dos exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, desde o preparo do paciente até o acompanhamento pós-procedimento.

Aplicação: Unidades assistenciais onde são realizados exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

Rotinas:

1. **Preparando o Paciente:**
    - Oriente o paciente quanto ao jejum de 8 horas para endoscopia e 12 horas para colonoscopia, além do uso de laxantes no dia anterior, conforme prescrição médica.
    - Verifique a pulseira de identificação do paciente antes do exame.
    - Realize a verificação de sinais específicos e verifique se há contraindicações para a realização do exame.
    - Certifique-se de que o paciente esteja em posição adequada (decúbito lateral esquerdo para endoscopia e decúbito dorsal para colonoscopia).
2. **Execução do Procedimento:**
    - A equipe de enfermagem deve higienizar as mãos e utilizar EPIs adequados, incluindo avental, luvas, máscara e óculos de proteção.
    - Monitore continuamente os sinais específicos do paciente durante o procedimento.
    - Ajudar o médico na inserção dos equipamentos, fornecendo os instrumentos necessários.

- Durante o procedimento, observe possíveis reações adversas e intervir imediatamente, caso necessário.

3. **Pós-Procedimento:**
   - Auxiliar o paciente na recuperação, mantendo-o em observação até a recuperação completa da sedação.
   - Monitorar sinais restritos e avaliar o nível de consciência do paciente.
   - Orientar o paciente sobre os cuidados pós-procedimento e fornecer as instruções médicas para o retorno ao domicílio.
   - Realizar a informação dos equipamentos seguindo os protocolos de biossegurança.

Objetivo: Garantir a realização do procedimento de hemodiálise com segurança e eficiência, garantindo o bem-estar do paciente durante e após o tratamento.

Aplicação: Unidades assistenciais que realizam tratamentos de hemodiálise em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC).

Rotinas:

1. **Preparando o Paciente:**
    - Consulte os dados do paciente e verifique a indicação do médico nefrologista para o procedimento.
    - Realize a verificação de sinais específicos (pressão arterial, temperatura e peso) antes de iniciar a sessão.
    - Verifique a condição do acesso vascular (fístula arteriovenosa ou cateter).
    - Higienizar o local de punção conforme os protocolos de biossegurança.
2. **Execução do Procedimento:**
    - A equipe de enfermagem deve monitorar o paciente durante toda sessão, observando sinais de hipotensão, cãibras ou qualquer outra intercorrência.
    - Certifique-se de que o fluxo de sangue seja interrompido especificamente durante a sessão.
    - Anote no prontuário as configurações usadas na diálise, como volume ultrafiltrado e condutividade da solução de diálise.
3. **Pós-Procedimento:**
    - Ao final da sessão, remova as agulhas de forma segura, pressionando o local de punção para evitar sangramentos.

- Reavaliar os sinais específicos do paciente, incluindo peso, e verificar o estado geral.
- Instrua o paciente sobre os cuidados pós-diálise e possíveis sinais de complicações (tontura, fraqueza, sangramento no local da punção).
- Realizar a higienização e desinfecção da máquina de hemodiálise e do ambiente, conforme os protocolos de biossegurança.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de pessoas que sofrem de doenças renais cresce a cada dia. Os estudos populacionais têm demonstrado prevalência de doença renal crônica de 7,2% para pessoas acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) resulta da perda progressiva e irreversível de grande número de néfron funcionais, seja por agentes etiológicos ou como consequência da função metabólica do organismo. O diagnóstico é realizado através de exames laboratoriais e sintomatológicos, sendo eles: diminuição da produção da urina, edema de membros inferiores, falta de ar, fadiga, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Na maioria dos casos, o insulto inicial ao rim leva a deterioração progressiva da função renal e à perda de néfrons, até que a pessoa necessite de tratamento de diálise ou de transplante.

2. OBJETIVOS

Este manual tem por objetivo padronizar a assistência multidisciplinar ao renal crônico em tratamento hemodialítico nos serviços de TRS nas Policlinicas Estaduais. Descrevendo propostas de intervenções baseadas numa relação horizontal entre a equipe de saúde e o paciente, de forma a torná-lo capaz de compreender a sua condição de saúde e de se responsabilizar por seu cuidado. Proporcionando uma maior efetividade do tratamento e consequente satisfação da equipe multidisciplinar.

3. SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS

Nas Policlínicas Estaduais, os portadores de Doença Renal Crônica (DRC) devem ser acompanhados por equipe multiprofissional, com acolhimento, escuta ativa, orientação para mudança de comportamento e estilo de vida, avaliação nutricional, orientação sobre atividades físicas e comportamentos de risco (como tabagismo, uso abusivo de drogas), inclusão no programa de vacinação, seguimento contínuo dos medicamentos prescritos, programa de educação sobre DRC e TRS, apoio ao autocuidado e cuidado do acesso vascular ou peritoneal, entre outros.

As Policlínicas Estaduais devem fornecer apoio diagnóstico e atenção aos usuários ambulatoriais nos estágios de riscos de lesões renais leves, moderados e pré-dialíticos, e

aos usuários com lesões renais crônicas que requerem tratamentos dialíticos (Diálise Peritoneal e Hemodiálise).

Existem diferentes níveis de gravidade da doença e, para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, a DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente e o tipo de tratamento, sendo: Tratamento conservador (estágios de 1 a 3);

- Pré-diálise (estágios 4 e 5 – Não Dialítico) e TRS (estágio 5 – Dialítico).

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo,realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rimartificial;
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilode vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

Figura 1 – Tratamentos

4. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ASSISTÊNTE SOCIAL

A Insuficiência Renal Crônica é uma patologia resultante da deterioração progressiva e irreversível da função renal.

Quando cessa o funcionamento dos rins, o paciente deverá fazer diálise para o resto da vida ou até o dia em que possa beneficiar-se com um transplante renal.

Os conhecimentos médicos referentes às doenças renais e tratamentos avançam cada vez mais e os pesquisadores se esforçam constantemente em melhorar a sobrevida dos pacientes.

A doença representa prejuízo para qualquer ser humano, pois naturalmente, há um afastamento do paciente de seu grupo social, do seu lazer, do trabalho e às vezes da própria família, devido ao tratamento necessário para a manutenção da vida.

Portanto, é relevante identificar como esta problemática afeta a vida do paciente, no processo de adaptação à doença e ao tratamento dialítico.

Na tentativa de tornar a situação menos angustiante possível, faz-se necessário criar alternativas que ajudem o paciente a perceber suas limitações, mas sem interferir nas suas potencialidades e implementar práticas terapêuticas que possam minimizar o sofrimento durante o tratamento, bem como utilizar mecanismos de orientações, encaminhamentos e acompanhamentos aos pacientes no que tange a garantia dos seus direitos e deveres.

Neste contexto, a prática do profissional Assistente Social tem o intuito de atender o paciente nos diversos aspectos que envolvem sua vida social, familiar e comunitária, uma vez que o trabalho do Serviço Social em Política Pública de Saúde, especificamente no tratamento de paciente em programa de hemodiálise, visa cada vez mais prestar atendimento integral, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, possibilitando assim, a melhoria da qualidade de vida do paciente renal e sua família.

4.1 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Os instrumentos e técnicas de intervenção social configuram-se como protocolos utilizados como ferramentas para dar suporte à intervenção. A sua identificação, ações e os resultados esperados compõem a figura abaixo.

Especificação	Ação	Resultados esperados
Cadastro/ entrevista socioeconômica	Ficha cadastral com todos os dados do paciente.	Conhecer o perfil socioeconômico do paciente. Planejar ações específicas.

Anamnese	Levantamentoestatístico.	Conhecer o perfil epidemiológico
Ficha de encaminhamentos	Direcionar o atendimento. Agilizar o atendimento na referência.	Atendimento e resolutividade comcontra referência.
Orientações/ aconselhamento/ esclarecimentos	Individual, familiar e grupal	Informações sobre o tratamentointegral do paciente. Criação de vínculo com o serviço.Adesão ao tratamento clínico.
Visitas domiciliares	Constatar a realidade socioeconômica e familiar do paciente. Elevar a autoestima.	Parceria com a Estratégia de Saúde da Família na atenção ao paciente no domicílio. Parceria com os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na atenção ao paciente nodomicílio e unidade de saúde. Subsídios para o acompanhamento clínico e socioeconômico do paciente. Sensibilização do paciente e seus familiares referentes aos cuidados e agravos.
Notificação demúltiplas violências	Identificar e quantificar as diferentes formas de violência.	Encaminhar e acompanhar a famíliaà Rede Socioassistencial.
Elaboração, confecção e/oudivulgação de materiais educativos e informativos	Distribuição com orientações sobre o conteúdo do material. Buscar parcerias.	Disseminação do material. Divulgação dos serviços pertinentesao serviço social. Divulgação de legislação de interesse. Sensibilização de pacientes e familiares em referênciaaos cuidados e agravos.
Elaboração de periódicos da evolução do paciente e dasações desenvolvidas	Monitorar e avaliar a qualidade da atenção prestada ao paciente.	Subsidiar o planejamento de ações. Elaborar planos de ação

Figura 2 – Identificação, ações e resultados esperados de protocolos para intervenção social

4.2 AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL

Realizando uma análise dos desafios colocados ao Serviço Social nos dias atuais é possível identificar três níveis de competência que devem ser do domínio do Assistente Social: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa.

Em relação à competência ético-política cabe a ressalva de que o Assistente Social não é um profissional neutro. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações estas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática, valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Deve, assim, assumir claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade.

A competência teórico-metodológica relaciona-se com o fato de o profissional ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

Para alcançar a competência técnico-operativa o profissional deve conhecer, se apropriar, e, sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, Empresas, Ong, Fundações, Autarquias, etc.), garantindo assim, uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.

Essas três dimensões de competências nunca podem ser desenvolvidas separadamente, caso contrário, envereda-se nas armadilhas da fragmentação e da despolitização, tão presentes no passado histórico do Serviço Social.

A partir dessas dimensões compete, ao assistente social, elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto aos Órgãos de Administração Pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações não-governamentais.

4.3 TEORIA E PRÁTICA, MÉTODO E METODOLOGIAS

O que se propõe hoje no âmbito do Serviço Social é justamente a produção de um conhecimento que rompa com a mera aparência e busque apreender o que está “por trás” da sua essência. Para isso, é fundamental que o profissional sempre mantenha uma postura crítica, questionadora, não se contentando com o que aparece a ele imediatamente. De posse desse conhecimento, o profissional pode planejar a sua ação com muito mais propriedade, visando à mudança dessa mesma realidade. Assim, no momento da execução da ação profissional, o Assistente Social constrói suas metodologias de ação, utilizando-se de instrumentos e técnicas de intervenção social.

A diferença entre método de investigação e metodologias de ação põe uma reflexão fundamental para quem se propõe a construir uma prática profissional competente e qualificada: são os objetivos profissionais que definem que instrumentos e técnicas serão utilizados – e não o contrário. E esses objetivos, planejados e construídos no plano político e intelectual, só podem ser expressos se o Assistente Social conhecer a realidade social sobre a qual sua ação vai se desenvolver.

4.4 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL

Os objetivos profissionais (construídos a partir de uma reflexão teórica, ética e política definem os instrumentos e técnicas de intervenção (as metodologias de ação), mas pode-se concluir que essas metodologias não estão prontas e acabadas. Elas são necessárias em qualquer processo racional de intervenção, sendo construídas a partir das finalidades estabelecidas no planejamento da ação realizado pelo Assistente Social. Primeiro, ele define “para que fazer”, para depois se definir “como fazer”.

Mais uma vez, pode-se aqui identificar a estreita relação entre as competências teórico metodológica, ético-política e técnico-operativa. Em outras palavras, os instrumentos e técnicas de intervenção não podem ser mais importantes que os objetivos da ação profissional. Quando se parte do pressuposto de que cabe ao profissional apenas ter habilidade técnica de manusear um instrumento de trabalho, o Assistente Social perderá a dimensão do “por que” ele está utilizando determinado instrumento.

4.5 OS INSTRUMENTOS DE TRABALHO DIRETOS OU “FACE-A-FACE”

Sobre a interação face a face, esta permite que a enunciação de um discurso se expresse não só pela palavra, mas também pelo olhar, pela linguagem gestual, pela entonação, que vão contextualizar e, possivelmente, identificar subjetividades de uma forma mais evidenciada. Sob esse enfoque, pode-se dizer que o discurso direto expressa uma interação dinâmica. Assim, podem-se identificar alguns instrumentos de trabalho “face a face” consagrados na história da profissão, e que são detalhados a seguir.

4.6 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Observar é muito mais do que ver ou olhar. Observar é estar atento, é direcionar o olhar, é saber para onde se olha. O Assistente Social, ao estabelecer uma interação face a face, estabelece uma relação social com outro(s) ser(es) humano(s), que possui(em) expectativas quanto às intervenções que serão realizadas pelo profissional. Assim, além de observador, o profissional também é observado.

4.7 AVALIAÇÃO SOCIAL INDIVIDUAL E GRUPAL

A entrevista nada mais é do que um diálogo, um processo de comunicação direta entre o Assistente Social e um usuário (entrevista individual), ou mais de um (entrevista grupal). Contudo, o que diferencia a entrevista de um diálogo comum é o fato de existir um entrevistador e um entrevistado, isto é, o Assistente Social ocupa um papel diferente e, sob determinado ponto de vista, desigual – do papel do usuário.

O papel do profissional entrevistador é dado pela instituição que o contrata. No momento da interação com o usuário, o Assistente Social fala em nome da instituição. Ambos os sujeitos (Assistente Social e usuário) possuem objetivos com a realização da entrevista – objetivos esses necessariamente diferentes.

O papel de entrevistador que cabe ao Assistente Social, coloca-lhe a tarefa de conduzir o diálogo e de direcionar para os objetivos que se pretende alcançar.

4.8 DINAMICA DE GRUPO

A dinâmica de grupo é um recurso que pode ser utilizado pelo Assistente Social em diferentes momentos de sua intervenção. Para levantar um debate sobre determinado tema com um número maior de usuários, bem como atender um maior número de pessoas que estejam vivenciando situações parecidas. E nunca é demais lembrar que é o instrumento que se adapta aos objetivos profissionais - no caso, a dinâmica de grupo deve estar em consonância com as finalidades estabelecidas pelo profissional. Alcançar o objetivo principal: provocar a reflexão no grupo.

4.9 REUNIÕES

Assim como a dinâmica de grupo, as reuniões são espaços coletivos. São encontros grupais, que têm como objetivo estabelecer alguma espécie de reflexão sobre determinado tema. Mas, sobretudo, uma reunião tem como objetivo a tomada de uma decisão sobre algum assunto. As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos – podem ser realizadas junto à população usuária ou junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição. Enfim ela se realiza em todo espaço em que se pretende que uma determinada decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente.

Essa postura já indica que, ao coletivizar a decisão, o coordenador de uma reunião se coloca em uma posição democrática. Entretanto, colocar-se como um líder democrático não significa não ter firmeza quanto ao cumprimento dos objetivos da reunião. O espaço de tomada de decisões é um espaço essencialmente político, pois diferentes interesses estão em confronto. Saber reconhecê-los e como se relacionar com eles, requer uma competência teórica e política, de modo que a reunião possa alcançar o objetivo de tomar uma decisão que envolva todos os seus participantes.

4.10 ATAS DE REUNIÃO

É o registro de todo o processo de uma reunião, das discussões realizadas, das opiniões emitidas, e, sobretudo, da decisão tomada e da forma como o grupo chegou a ela (por votação, por consenso, ou outra forma).

Geralmente o relator de uma ata de reunião é designado para tal. Pode ser um membro do grupo ou um funcionário da instituição. Comumente, as atas de reuniões são lidas ao final

da mesma, e, após sua aprovação, todos os participantes assinam REGISTRO NO SISTEMA PRONTUARIO ELETRÔNICO

O Registro no prontuário eletrônico é um instrumento bastante utilizado onde são anotadas as atividades realizadas, telefonemas recebidos, questões pendentes, atendimentos realizados, dentre outras questões, de modo que toda a equipe tenha acesso ao que está sendo desenvolvido.

4.11 REGISTRO NO SISTEMA DE PRONTUARIO ELETRONICO

O Registro no prontuário eletrônico é um instrumento bastante utilizado onde são anotadas as atividades realizadas, telefonemas recebidos, questões pendentes, atendimentos realizados, dentre outras questões, de modo que toda a equipe tenha acesso ao que está sendo desenvolvido.

4.12 ROTINA DE TRABALHO

Como afirmamos anteriormente, o profissional está em constante transformação, em constante aprendizagem e aperfeiçoamento, contudo, ele precisa se reconhecer no trabalho, identificar onde residem suas dificuldades, e localizar os limites e as possibilidades de trabalho.

A rotina de trabalho é um instrumento que auxilia bastante o profissional nesse processo. Trata-se de anotações livres do profissional, individuais, em que o mesmo sistematiza suas atividades e suas reflexões sobre o cotidiano do seu trabalho.

O diário de campo é importante porque o Assistente Social, na medida em que vai refletindo sobre o processo, pode perceber onde houve avanços, recuos, melhorias na qualidade dos serviços, aperfeiçoamento nas intervenções realizadas, além de ser um instrumento bastante interessante para a realização de futuras pesquisas. Ele é de extrema utilidade nos processos de análise institucional, o que é fundamental para localizar qualquer proposta de inserção interventiva do Serviço Social.

4.13 RELATÓRIO SOCIAL

Esse instrumento é uma exposição do trabalho realizado e das informações adquiridas durante a execução de determinada atividade. Semanticamente falando, é o relato dos dados coletados e das intervenções realizadas pelo Assistente Social.

4.14 PARACER SOCIAL

O parecer social é uma avaliação teórica e técnica realizada pelo Assistente Social dos dados coletados. Mais do que uma simples organização de informações sob a forma de relatório, compete ao Assistente Social avaliar essas informações, emitir uma opinião sobre elas. Uma opinião que deve estar fundamentada, com base em uma perspectiva teórica de análise. Assim, o parecer social é crucial, pois é ele que dá ao Assistente Social uma identidade profissional. A inexistência de um parecer reduz o relatório a uma simples descrição dos fatos, não permitindo nenhuma análise profunda sobre os mesmos. Ora, todo o processo de formação profissional do Assistente Social, bem como o seu lugar na divisão social do trabalho, demanda que esse profissional se posicione diante das situações verificadas na realidade social. Isso requer um posicionamento político claro do Assistente Social, que possui, no Código de Ética Profissional, os pilares básicos para tal posicionamento.

A emissão de um parecer social pressupõe a existência de um relatório social (interno ou externo).

Por razões óbvias: um profissional só pode emitir uma opinião sobre um fato que foi dito, no caso, escrito. Assim, o parecer é a conclusão de determinado trabalho, seja de um atendimento individual, seja de um conjunto de instrumentos utilizados durante determinado processo de intervenção.

Apreender a realidade não é apenas descrevê-la, é produzir um conhecimento sobre a mesma. E é no momento do parecer social que esse conhecimento é elaborado a partir da reflexão racional do profissional – um conhecimento prático, que visa compreender a singularidade da situação estudada pelo Assistente Social, à luz da universalidade dos fenômenos sociais (descobrindo então a particularidade dos fenômenos) e assim, criar alternativas visando sua transformação.

Mas para além de uma avaliação do passado, o parecer social também deve realizar uma análise prospectiva, isto é, apontar que desdobramentos determinada situação pode tomar.

Nosso objetivo aqui foi apresentar, de forma bem sucinta, os principais instrumentos e técnicas de intervenção utilizados pelo Serviço Social no cotidiano de sua prática.

4.15 ASPECTOS TRANSDISCIPLINARES

O trabalho em equipe é uma maneira de incorporar a visão dos outros, melhorando o resultado da ação.

Trabalhar com pacientes renais crônicos implica lidar com a dor, sofrimento e perdas constantes, portanto, a prática social de forma interdisciplinar vem apresentando-se como uma possibilidade de garantir uma qualidade de vida melhor para essas pessoas. A proposta de trabalho em grupo transversal exige e demonstra as competências individuais e coletivas de trabalho em equipe e na resolução da tarefa, tornando-se, portanto, espaço privilegiado para a aplicação do princípio da integralidade.

O significado da transdisciplinaridade está na recuperação de valores existenciais, em que cada um de nós deve entender o que vem a ser incluído em existência multidimensional, envolvendo família, história pessoal, meio e outros.

A transdisciplinaridade torna-se uma ferramenta importante na medida em que possibilita que a demanda do usuário seja levada em consideração pelo conjunto de profissionais que o atenderão em um movimento de construção de troca efetiva.

Atuar no campo da transdisciplinaridade requer integração recíprocamente nos vários campos do conhecimento, tornando necessário um espaço em romper as estruturas enraizadas da formação acadêmica, que não prepara os profissionais para campos, equipes, fragmentando o saber e privilegiando especializações.

No entanto, torna-se imperativo no mundo moderno interligar as várias áreas do conhecimento visando à integralidade de ações.

A interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade são avanços na construção de uma nova visão social, que leva em conta os avanços científicos e os desafios do mundo contemporâneo. Embora ainda exista uma gama de diferentes entendimentos sobre os temas, profissionais de diversas áreas tem se dedicado a estudar e pesquisar os temas.

Através da abordagem interdisciplinar, descobre-se a possibilidade de intervenção das matérias e com isso a oportunidade de desenvolver uma nova maneira de explorar e investir no processo do conhecimento.

A transdisciplinaridade pensa o cruzamento de especialidades, o trabalho nas interfaces, a superação das fronteiras, a migração do conceito de um campo de saber para outro e a unificação do conhecimento.

A visão transdisciplinar considera o ser humano como um ente multidimensional com características biológicas, psíquicas, sociais, afetivas e racionais. Deve-se reconhecer a humanidade considerando o direito a uma vida digna e plena, sua identidade, a necessidade de convívio com o outro e a importância da diversidade existente em cada um. Para a efetivação de um processo transdisciplinar, faz-se necessário a construção em equipe, com diálogo, engajamento, participação e superação entre os envolvidos no processo. O trabalho transdisciplinar favorece a articulação entre os conteúdos científicos e os conteúdos de vida, concretizando um ato de libertação da ignorância, com princípios e estratégias de mobilização social na busca da verdadeira democratização de uma sociedade mais justa, humana, solidária e igualitária.

4.16 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social possui o relevante papel de proporcionar informações pertinentes ao bem estar dos pacientes; socializar aos demais membros da equipe de trabalho os aspectos sociais do paciente, para haver melhor condução nas intervenções profissionais; levantar perfil do paciente com IRC; solicitar medicamentos através de processos encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde; entrevistar e orientar pacientes em início de tratamento; viabilizar o transporte para tratamento; realizar visitas domiciliares; agendar consultas com outras especialidades; encaminhar para exames de Transplante Renal; organizar transferência de pacientes para outras clínicas; controlar o protocolo de transplante com equipe de enfermagem; encaminhar o paciente para acessar seus recursos sociais ou previdenciários. Outro compromisso que se tem com o paciente é o de planejar intervenções educativas sobre higiene, alimentação e adesão ao tratamento para que o próprio paciente também assuma os cuidados e o controle sobre seu próprio tratamento.

Ao considerar a prática do assistente social junto aos pacientes renais e seu grupo familiar, é oportuno destacar os desafios enfrentados pelo profissional na sistematização de suas ações baseadas num referencial teórico metodológico que fortaleça o usuário no acesso e no processo de mudanças da realidade na qual se insere, capacitando-os para ampliação dos direitos e efetivação da cidadania.

Como forma sistematizada de intervenção, o profissional poderá a partir de sua concepção, operacionalizar os elementos que darão suporte teórico para a sua práxis, no sentido de criar alternativas aos pacientes, a compreender a relação homem/mundo tornando-se capazes de desvelar as determinações da realidade imediata, onde os problemas percebidos como síntese de múltiplos fatores que precisam ser objeto de intervenção.

O Assistente Social no campo da saúde requer uma análise muito mais ampla da realidade social desses sujeitos desprovidos socioeconômicos para manter-se enquanto pessoas titulares de direitos, já que a própria patologia os deprime e desmotiva pelo tratamento imposto. Pressupõem-se então que esses indivíduos estão inseridos numa dinâmica contraditória, em que o antagonismo da classe é visivelmente presente na sociedade deixando óbvia a igualdade perante a lei, mas também a desigualdade das relações sociais.

Nessa perspectiva, um dos desafios claramente percebidos no cotidiano diz respeito à falta de prioridades no que concerne aos recursos disponíveis, ou seja, o acesso aos benefícios que dêem suporte ao tratamento do paciente.

No que tange a família, a sua participação em todo o processo do tratamento torna-se essencial, uma vez que o paciente sentir-se-á apoiado e seguro para dar continuidade ao tratamento.

Trabalhar com a família nessa perspectiva, é sobretudo, trabalhar as relações tendo em vista reforçar os vínculos afetivos, esclarecendo todo o processo de tratamento do paciente e possíveis intercorrências, assim como promover paralelamente reflexões acerca dos aspectos sociais que envolvem a vida do paciente.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do Assistente Social propiciar condições de esclarecimento para seus usuários, compreendendo a individualidade do ser social e seus determinantes estruturais diante das relações sociais.

Tais considerações fazem-se necessárias no trabalho do profissional, a partir do momento que resgata os determinantes históricos que estão presentes nas particularidades de cada

paciente, que não podem ser vistos apenas em sua representação imediata, mas convertidos em situações concretas, a partir da construção de suas determinações por uma teia de mediações, suficientemente capazes de recuperar a importância do indivíduo sem perder de vista a dimensão da totalidade.

O Assistente Social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho: na medida em que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais em situação de vulnerabilidade socioeconômica, tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade. E esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento de trabalho, pois permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional, inclusive articulando toda a rede socioassistencial.

5. ASSISTENCIA PSICOLÓGICA

5.1 INTRODUÇÃO

Até pouco tempo, os portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) eram estudados em termos de quantos sobreviviam em relação aos tratamentos disponíveis. Atualmente as áreas médicas assumem cada vez mais uma perspectiva biopsicossocial de homem, com a qual a Psicologia tem contribuído significativamente. Assim, tornou-se evidente o interesse pela investigação das relações existentes entre os fatores psicossociais, a incidência, a evolução e o tratamento do portador de uma doença renal crônica.

Sabe-se que, no contexto de implementação do SUS, a inserção do (a) psicólogo (a) para atuação na saúde se deu pela via da integralidade, com o princípio da atenção integral à saúde . A assistência psicológica deve objetivar principalmente a avaliação das condições de adaptação às novas situações que o tratamento dialítico impõe, pois as mesmas são inevitáveis e acarretam limitações, assim como possibilita a extensão de vida com qualidade. Sendo assim, cabe ao psicólogo manter um papel motivador e orientador no processo de acompanhamento psicológico nas unidades de TRS, visando o benefício não somente aos pacientes, mas também estendê-la a rede de apoio, compreendida pelos seus familiares/cuidadores e a equipe transdisciplinar.

5.2 O PACIENTE RENAL CRÔNICO E SUA VUNERABILIDADES

A realidade do paciente renal crônico é muito limitante, podemos pensar que o paciente renal crônico tem duas escolhas, está preso entre a morte certa ou uma vida dependente do suporte tecnológico (máquinas de diálise).

Neste cenário, o psicólogo ajuda o paciente a se reorganizar fisicamente e psicologicamente. No entanto, essa organização é diferente em cada esfera de desenvolvimento. Quando o paciente adoece, algo modifica ou destrói o seu corpo, é preciso reorganizar a concepção que se faz de si mesmo.

Avaliar as condições de adaptação às novas situações que o tratamento dialítico impõe e as limitações dele decorrentes, considerando a reorganização fisiopsíquica ser diferente em cada esfera de desenvolvimento humano, é o desafio que está posto para os profissionais de saúde, em particular para os psicólogos que estão atuando nessa área. Faz se necessário, viabilizar condições para que o indivíduo que sofre de uma doença renal crônica tenha uma melhor qualidade de vida, dentro das limitações impostas pela rotina do tratamento. Os pacientes são selecionados para hemodiálise quando os sintomas de falência renal são incontroláveis por dieta ou outras formas de tratamento.

Há sentimentos comuns aos pacientes pelo modo como se manifesta a patologia, a condição crônica da mesma, as intensas mudanças na rotina do paciente e sua família, o ambiente do ambulatório e o prolongado e doloroso tratamento realizado. Isso tudo, precipita uma série de consequências nos pacientes, que por si só já influenciam na dinâmica psíquica dos mesmos, tornando-a mais suscetível a conflitos e instabilidades, independente do histórico de vida de cada um. A sensação de perda de tempo durante o tratamento (04hs, 03x/semana) causa sofrimento, torna o paciente frágil e debilitado emocionalmente.

5.3 ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO SERVIÇO DE TRS

O Serviço de Terapia Renal Substitutiva, considerando suas particularidades, necessita da atuação do profissional de psicologia que, nesse contexto, tem como atribuições:

a) desenvolver junto aos pacientes recursos cognitivos e emocionais adequados de enfrentamento do tratamento;

b) restabelecer o equilíbrio psicológico do paciente, auxiliando os familiares (suporte e acolhimento) em relação às mudanças de comportamentos resultantes do enfrentamento da doença;

c) disseminar o conceito de humanização, tanto em relação ao clima organizacional, como nas relações com o paciente;

d) promover apoio e fortalecer a auto-estima, instaurar confiança, identificar, avaliar e modificar conceitos rígidos acerca da situação pessoal do doente, da família, das limitações impostas pela doença e pelo tratamento dialítico;

e) auxiliar a equipe transdisciplinar (médico, assistente social, nutricionista, Enfermeiro e técnicos de enfermagem), fazendo uma ponte entre paciente e equipe, ou seja, intermediando as relações; e

f) promover qualidade de vida aos pacientes submetidos a TRS, por meio de ambiência do setor.

5.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES TRS

Após diagnóstico de IRC (insuficiência renal crônica), o paciente passa por diversas fases de aceitação da doença. A qualidade do tratamento e da vida desse paciente está diretamente ligada ao modo como o paciente processa cognitivamente a doença renal crônica e suas consequências. Após o impacto do diagnóstico, torna-se necessário adaptar-se à nova situação, evidenciando-se o perfil da personalidade do paciente, o qual influencia demasiadamente na evolução do tratamento. As características pessoais podem determinar melhor a adesão ou não a diálise, o que vai predizer um melhor ou pior prognóstico.

A rotina de acompanhamento psicológico deve seguir alguns padrões, sempre lembrando que, devemos adaptar os testes e técnicas a cada tipo de paciente e não ao contrário, pois estamos lidando com a subjetividade dos mesmos.

Quando o paciente chega até ao serviço de psicologia, após o diagnóstico de IRC, ele percebe na maioria das vezes a sua saúde de modo negativo, reduzindo assim o seu funcionamento físico e profissional. As interações sociais são limitadas pelos sintomas da doença crônica e as suas avaliações de qualidade de vida influenciam diretamente no seu comportamento psicológico e social, alterando a sua auto-estima e a sua capacidade de

enfrentamento. A condição crônica de saúde predispõe dificuldades emocionais que se acentuam com a falta de apoio e afeto por parte dos familiares, o que interfere na aderência ao tratamento. Apoio social e ajuda em situações estressantes podem facilitar o controle da doença e das emoções, favorecendo a saúde e o bem estar do paciente.

5.5 CRENÇAS RELACIONADAS AO PROCESSO DE ADOECIMENTO E CURA

Em qualquer condição de adoecimento observa-se a expressão de crenças quanto ao tratamento e à cura, consequência de um sistema de representações veiculadas e transmitidas culturalmente.

Para uma melhor compreensão deste assunto, se faz necessário entender o que são crenças. Crença é sinônimo de convicção e conjuntos de opiniões que constituem princípios. Sendo assim, a crença pode fortalecer e servir como mantenedora do tratamento, ou ser tão resistente ao ponto de interferir no resultado do tratamento. Dentre as crenças visualizadas em pacientes crônicos podemos observar práticas populares, como o conhecimento de ervas, a medicina popular, o folclore, valores culturais e religiosos.

Quando o paciente inicia o tratamento, ele tem muitas dúvidas em relação ao tratamento, alimentação, medicação, direitos trabalhistas, etc. Devido a ansiedade e angústia desses pacientes, muitas vezes eles utilizam sua rede de relacionamentos (vizinhos, parentes e amigos), para solucionar suas dúvidas. Muitas vezes essas pessoas são leigas e acabam transmitindo informações inadequadas ao paciente. Quando o mesmo chega para atendimento está “contaminado” com todo tipo de informação, e essas crenças instauradas são difíceis de serem modificadas.

Dentre as crenças sobre o tratamento, podem ser destacadas as seguintes: “quem faz hemodiálise morre logo”, “começou a fazer hemodiálise, não vai durar muito tempo”, “esse lugar é de morte”, etc.

Diante desses dados, o paciente pode ter dois comportamentos: evitar ou enfrentar, quando surgem provocam o comprometimento emocional e a necessidade de busca pelo equilíbrio perdido. Nesse momento que o Psicólogo não deve ter como objetivo a análise e sim o acolhimento de angústias e incertezas, mostrando ao paciente o que ele vai enfrentar, pois conhecendo seu “inimigo”, ele saberá quais “armas” deverá usar. Se nesse momento ele

sentir-se acolhido, sentindo que não está sozinho, poderá acreditar na possibilidade de vencer essa “guerra”.

As recomendações e informações ao paciente devem ser devidamente fornecidas, tanto para estimular o enfrentamento da doença, quanto para que lhe seja dada a possibilidade de consentir ou não com o tratamento.

As crenças religiosas estão entre as mais acalentadas convicções do ser humano, cuja vida é tremendamente influenciada por sua visão dos atributos e sua relação pessoal com Deus, além dos atributos das outras pessoas. Na atual sociedade pluralista em que vivem, o respeito mútuo às convicções pessoais, faz com que haja uma relação pacífica entre elas. Por conta desse pluralismo é que devemos esperar as mais diversas divergências em relação à saúde. No entanto, devemos respeitar esse conflito ético moral, pois através dele é possível entender o ser humano que existe por trás da doença.

Respeitar as convicções religiosas do paciente adulto e capaz equivale a respeitar a autonomia e autodeterminação individual. O respeito à autodeterminação fundamenta- se no princípio da dignidade da natureza humana. O respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo social.

Existem algumas crenças que são importantes para a manutenção do tratamento. Alguns pacientes precisam crer em algo, para se manterem vivos, caso contrário, não terão em que acreditar.

Pelo exposto conclui-se que há necessidade de um psicólogo como integrante de equipes transdisciplinares se dá a partir da avaliação dos conteúdos subjetivos, temores, frustrações, crenças e outras dificuldades de ordem psíquica que podem produzir sintomas e resultar no abandono do tratamento.

5.6 PRONTUÁRIO E QUESTIONÁRIOS PSICOLÓGICOS

O prontuário médico orientado por problemas (POPE), de Wedd, é amplamente aceito para padronizar e melhorar a qualidade do conteúdo dos prontuários médicos. Tal modelo frisa a necessidade de se obter todas as informações, dados sócio- demográficos, dados pessoais, sintomas, sinais, testes e exames específicos, a fim de construir uma hierarquia

de problemas. Ele foi adaptado à nossa realidade e necessidade e denominado de Prontuário transdisciplinar (Anexo .A).

Os elementos do prontuário de Weed são categorizados e denominados de problemas ativos e inativos. Os problemas ativos dizem respeito às questões que necessitam de atenção contínua dos profissionais de saúde envolvidos com os cuidados ao paciente ou que causam algum tipo de desconforto aos mesmos, já os problemas inativos, dizem respeito a questões solucionadas.

As anotações devem ser orientadas utilizando os critérios S.O.A.P. A sigla é advinda de quatro fatores: as queixas do paciente – subjetividade do paciente (S), o que é observado pelo profissional (O), avaliação profissional (A) e o plano de cuidado, ou prognóstico do paciente (P).

Há ainda outro importante documento, de utilização privativa do psicólogo, tendo em vista algumas informações confidenciais. Tal estratégia tem respaldo no art. 9º do Código de Ética do Profissional psicólogo que estabelece que é dever deste profissional, respeitar o sigilo a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional. O modelo desse prontuário compõe o Anexo B.

Informações complementares devem ser obtidas por meio de entrevista familiar, cujo roteiro encontra-se no Anexo C.

6. ASSSISTÊNCIA NUTRICIONAL

A assistência nutricional objetiva promover o cuidado nutricional aos pacientes renais crônicos contribuindo com a eficiência do tratamento dialítico.

Para que este objetivo seja alcançado, são estabelecidos como objetivos específicos:

a) melhorar ou manter o peso seco, as proteínas viscerais, o estado vitamínico, hidroeletrolítico e de minerais;

b) melhorar os sintomas urêmicos e de acidose metabólica;

c) minimizar ou evitar efeitos secundários ao desequilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico, como doenças ósseas e edema pulmonar agudo;

d) monitorar o ganho de peso interdialítico;

e) minimizar sintomas gastrintestinais;

f) minimizar ou evitar níveis elevados de lipídios séricos;
g) promover educação nutricional continuada para pacientes, família e/ou cuidador;
h) respeitar a identidade cultural e situação socioeconômica do paciente.

6.1 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL INICIAL

No primeiro contato com o paciente o nutricionista deve esclarecer dúvidas sobre a necessidade de alterações no comportamento alimentar: líquidos, potássio, fósforo, sódio, carambola e carboidratos simples em diálise peritoneal que se não forem ingeridos de forma controlada, geram sintomas que podem diminuir a qualidade de vida. Entregar material educativo neste momento é importante para que o paciente possa relembrar as informações quando necessário.

6.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

No início da diálise surgem problemas psicológicos com os quais os pacientes deverão conviver durante o tratamento e, dentre esses, o comportamento não cooperativo manifestado principalmente pela imprudência dietética. Sendo assim, em hemodiálise é necessário realizar avaliação nutricional completa (cujo modelo encontra-se no Anexo 4.A) até um mês após o início, podendo ser aplicada durante a sessão de diálise, exceto a antropometria, que deve ser realizada após, na ausência de edema. Na diálise peritoneal, utiliza-se o mesmo tempo para a primeira avaliação, podendo ser realizada em consultório.

6.3 AVALIAÇÃO GLOBAL

Independentemente do tipo de diálise, as histórias psicossocial, clínica, de enfermagem e nutricional são importantes, pois auxiliam na melhor compreensão dos problemas do paciente. A anamnese clínica ou história clínica na avaliação nutricional é mais direcionada no sentido de identificar uma possível nutrição deficiente. O profissional deve descobrir por meio de questionários se existem fatores tais como: anorexia, limitações financeiras, disfunções gastrintestinais e internações frequentes, que possam interferir no estado nutricional.

A coleta de dados pode acontecer por meio de levantamento de informações presentes no prontuário do paciente e/ou entrevista com o mesmo e ou familiares/cuidadores. É

necessário desenvolver uma empatia entre o avaliado e o avaliador para obtenção de dados mais acurados.

Os aspectos psicossociais, econômicos e funcionais são fundamentais e devem ser registrados no prontuário do paciente. Dados sobre consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e/ou uso de outras drogas, assim como condições de moradia, limitações nas atividades diárias básicas, acuidade visual e de audição ou necessidade de assistência para alimentação, são importantes, pois influenciam negativamente no estado clínico e nutricional.

Na avaliação global devem-se investigar também dados pregressos e atuais de cirurgia, causa da doença renal, progressão da doença, comorbidades associadas, neuropatias, infecções, planos de transplantes, uso de medicamentos e a interação droga nutriente.

6.4 HISTÓTIA NUTRICIONAL

Os inquéritos alimentares são métodos utilizados para avaliação do consumo alimentar de indivíduos e de populações e que fornecem informações qualitativas e quantitativas sobre a ingestão alimentar possibilitando, desta forma, a associação da dieta com estado nutricional.

A história dietética talvez seja a melhor maneira de obter as informações de ingestão alimentar. Esta avaliação é uma ferramenta importante na prevenção, tratamento e monitoramento da desnutrição nos pacientes em diálise.

Ela deve conter informações sobre apetite, anorexia, disgeusia, ageusia, perda de paladar, próteses dentárias, problemas na mastigação e deglutição, ingestão alimentar, preferências alimentares, refeições realizadas fora de casa, restrições religiosas e culturais, aversões ou alergias alimentares, náuseas, vômitos, incapacidade de alimentação, alterações na função intestinal e a capacidade de metabolizar os alimentos.

Os métodos de avaliação dietética podem ser divididos em dois grupos: retrospectivos (recordatório de 24 horas, frequência alimentar e história dietética) ou prospectivos (Registro alimentar estimado e pesado). Cada método apresenta propósitos, forças e fraquezas específicos e a escolha do melhor método a ser utilizado depende do propósito e do local onde será realizado.

6.5 EXAME FISICO

O exame físico nutricional tem o objetivo de avaliar a presença de anormalidades que podem refletir a nutrição inadequada. Este método é subjetivo e traz informações sobre deficiências e excessos nutricionais, norteando a conduta nutricional adotada em cada paciente, já que em muitos casos é a única ferramenta possível de ser utilizada.

Existem certas limitações no exame físico nutricional para pacientes renais. Alguns sintomas aparentes de deficiência ou excessos nutricionais podem ser confundidos com causas não nutricionais. Exemplo: as alterações dermatológicas e oculares, como a hiperpigmentação e secura cutânea, a palidez, a equimose, o olho vermelho, a retinopatia hipertensiva e a ceratopatia, são todos sinais clássicos da uremia. Assim não podem ser confundidos com alterações nutricionais.

6.6 AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL

Avaliação subjetiva global (ASG) é uma ferramenta utilizada para classificar o estado nutricional de forma sistemática, por meio da história clínica (mudanças de peso, apetite e sintomas gastrintestinais) e exames físicos (análise de massa muscular, do tecido adiposo e do edema). Trata-se de um método simples, de baixo custo, com boa reprodutividade e confiabilidade.

Duas estratégias importantes são a antropometria e a dosagem de bioquímicos séricos. A antropometria é um método de avaliação nutricional rápido e não invasivo, que permite verificar informações sobre os compartimentos corporais, particularmente gordura e músculo. Os parâmetros antropométricos normalmente utilizados são: peso atual, peso usual, porcentagem de peso ideal, perda de peso involuntária, peso seco, estatura, Índice de massa corporal (IMC), pregas cutâneas, porcentagem de gordura corporal, circunferência do Braço (CB), a circunferência muscular do braço (CMB).

Entretanto devem-se respeitar as particularidades individuais nos diferentes métodos dialíticos, que podem limitar a utilização de alguns indicadores citados acima. Ex: presença de líquido na cavidade peritoneal; fístula arterial venosa nos dois membros superiores.

Os parâmetros bioquímicos podem detectar precocemente os problemas nutricionais, sendo mais sensíveis que a antropometria. Os mais utilizados são: albumina, transferrina, contagem total de linfócitos, pré-albumina, uréia, creatinina, colesterol, bicarbonato.

Os exames laboratoriais devem ser acompanhados juntamente com a avaliação da ingesta alimentar e estado nutricional. Esses dados devem ser monitorados em conjunto por médicos, enfermeiros e nutricionista.

6.7 CONDUTAS NUTRICIONAIS

A intervenção dietética no paciente renal crônico visa não somente controlar os sintomas urêmicos e distúrbios hidroeletrolíticos como também o hiperparatireoidismo secundário, a desnutrição energético-protéica ou qualquer outra alteração metabólica que este venha a apresentar.

O consumo adequado de calorias é fundamental para que os demais nutrientes sejam absorvidos e utilizados adequadamente pelo organismo.

As condições catabólicas (uremia, acidose metabólica, resistência insulínica, hiperparatireoidismo secundário e inflamação) associadas à doença e ao processo de diálise podem contribuir para o aumento do gasto energético em repouso (GER) e catabolismo protéico nesses pacientes, justificando a necessidade de um aporte calórico e protéico adequado. Carboidratos e lipídios são nutrientes que devem ser ofertados em maior proporção. Os carboidratos são mais eficientes, pois diminuem o catabolismo protéico quando ofertados conforme a recomendação.

É comum a obstipação intestinal em decorrência dos controles alimentares (potássio e líquidos), uso contínuo de medicamentos (principalmente quelantes de fósforo) e pouca atividade física. Desta forma, é necessário o consumo adequado de fibras deve ser em torno de 20 a 25g/dia.

Outros nutrientes importantes que devem ser controlados são o sódio e os líquidos, pois estes interferem na pressão arterial e no ganho de peso interdialítico, que não deve ultrapassar de 2 a 4,5% do peso seco. Em diálise peritoneal o controle destes não é tão restrito.

É comum pacientes renais em tratamento dialítico apresentarem distúrbios no metabolismo de cálcio e fósforo. A hiperfosfatemia atinge mais de 35% dos pacientes. Por esta razão, seu controle deve ser uma das principais preocupações no tratamento dietoterápico de pacientes com IRC. Além da dieta, o uso de medicamentos quelantes e uma diálise eficiente, são fatores essenciais para o controle da hiperfosfatemia.

Na doença renal crônica terminal, os rins perdem a capacidade de eliminar o excesso de potássio sérico, que leva à hipercalemia. Os pacientes devem ser orientados com relação às fontes alimentares de potássio e técnicas dietéticas para redução deste mineral nos alimentos. Fatores não dietéticos podem também aumentar os níveis de potássio, tais como: resistência a insulina, acidose metabólica e ou uso de diuréticos poupadores de potássio e beta bloqueadores, eficiência da diálise, obstipação intestinal, estados hipercatabólicos e uso deste eletrólito nas soluções de diálise.

Em relação às vitaminas sabe-se que as lipossolúveis não necessitam de suplementação, exceto a vitamina D que é utilizada no tratamento das doenças ósseas dinâmicas. No entanto, o processo dialítico proporciona perda das hidrossolúveis, estas devem ser suplementadas, principalmente a B6, ácido fólico e vitamina C.

Na figura abaixo encontram-se as recomendações de macro e micronutrientes e ingestão hídrica em diálise.

Doença/Nutriente	Hemodiálise	Diálise Peritoneal
Quilocaloria (kcal/kg de peso atual ou ideal	Manutenção: até 60 anos de idade = 35-40 ≥ 60 anos = 30-35. Repleção de peso: 35-40	(inclui a glicose do dialisato) Manutenção: 25-30 Redução: 20-25 Repleção de peso: 35-40
Proteínas (g/kg de peso atual ou ideal)	Manutenção: 1,1-1,2 (>50% AVB) Repleção: 1,2-1,3	Manutenção: 1,2-1,3 (>50% AVB). Repleção e peritonite: 1,4-1,5
% Carboidratos (oral)	50-60	35 (+ glicose absorvida do dialisato)
Fibras (g)	20-25	20-30
% de Lipídios	25-30	25-35
Saturado	5-10	5-10

Polinsaturado Omega-6(% das kcal)	5-10	5-10
Polinsaturado Omega-3	10	10
(% das kcal)		
Monoinsaturado Ômega-9 (% das kcal)	10-20	10-20
Colesterol (mg)	<300	<300
Sódio (g)	1,0-2,3 (individualizado para P.A., edema de GPID)	1,0-4,0 (individualizado para P.A. e edema)
Potássio (g)	1,0-3,0 (ou 40 mg/kg de peso Atual)	2,0-4,0; não restringido; pode necessitar suplementação
Líquido (ml)	500-750ml + volume urinário de 24h (750-1.000ml/dia de anúria)	1.000-3.000 Geralmente não restringido
Cálcio (mg)	≤2.000 de cálcio elementar, incluindo dieta e quelante (individualizado para cálcio, fósforo e PTH séricos.	
Fósforo (mg)	800-1.000 (ou ≤17mg/kg)	1.000-1.200 (ou ≤17mg/kg)
Ferro (mg)	8 p/ homens e 15 p/ mulheres, ou suficiente para manter a ferritina sérica >100 ng/ml e a saturação da transferrina >20%	
Zinco (mg)	8-12 p/ mulheres e 10-15 p/ homens; suplementação de 50mg/dia é recomendada com sintomas de deficiência	
Magnésio (mg)	200 -300	
Selênio (mcg)	55	

Figura 3– Recomendações de macro e micronutrientes e ingestão hídrica em diálise Fonte: Martins (2007).

6.8 EDUCAÇÃO NUTRICIONAL CONTINUADA OARA PACIENTES, FAMILIA E/OU CUIDADOR

A educação nutricional tem o papel de ajudar nas seleções alimentares mais adequadas, pois a aderência à dieta é uns dos fatores mais importante para o bem estar do paciente. Portanto, poucos planos de tratamento são tão complexos e exigentes como o prescrito para o paciente renal crônico.

Deve-se levar em consideração a não aderência dos pacientes às orientações, pois o nível de prioridade para aderência de uma dieta muda conforme a intensidade de outros fatores. Frequentemente a doença e o tratamento trazem mudanças profundas na vida do paciente e dos familiares, as quais devem ser assimiladas e aceitas para readaptação psicossocial. Dadas essas características, o nutricionista deve estabelecer uma relação estreita e de confiança com o paciente, o principal é aprender a entender os problemas, a ponto de conhecer os obstáculos que ele enfrenta quando tenta alcançar seus objetivos.

O relacionamento deve ser desenvolvido em longo prazo, provendo recomendações, sugestões e soluções para o paciente e seus familiares e/ou cuidadores.

A aceitação ocorre se a informação compreendida é julgada, pelo receptor, como válida, o que facilita a educação continuada.

A assistência prestada ao paciente conscientiza-o de seus deveres e responsabilidades, para que não delegue apenas aos outros a incumbência de cuidá-lo, fazendo com que se torne ativo dentro do processo de tratamento e tenha uma melhor aderência ao mesmo.

Nenhuma terapia possui todas as respostas para todos os pacientes. Para melhor sucesso no aconselhamento, é sugerida uma abordagem centrada no cliente e na resolução de problemas. O aconselhamento nutricional deve ser para diferentes indivíduos de diferentes idades: crianças, adolescentes, adultos e idosos.

A seguir são apontadas sugestões para promover a aderência às orientações nutricionais:

a) palestras durante as sessões de hemodiálise com aplicação de questionário com o objetivo de avaliar o conhecimento, os pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre as orientações nutricionais;

b) palestras para familiares e ou cuidadores enquanto aguardam os pacientes realizarem a terapia renal;

c) gincanas com temas diversos como exemplo as cores dos sinais de trânsito, que indicam o tipo de dieta (liberado, atenção e restrito);

d) leitura dos exames bioquímicos de forma individual, evitando sobrecarga de informações para o paciente, fazendo a ligação entre os alimentos e os resultados laboratoriais;

e) elaboração de livreto educativo ilustrado, sendo utilizado pelos pacientes como guia educativo;

f) orientação nutricional individualizada e personalizada, desenvolvida pelo nutricionista e entregue para cada paciente, Enfatizando os alimentos que o paciente pode comer, incluindo os seus preferidos, antes de abordar as restrições;

g) dinâmicas de grupo para maior integração dos pacientes com equipe transdisciplinar; o que auxilia na transposição do medo e da ansiedade;

h) aplicação de questionário de auto avaliação para registrar queixas, opiniões e sugestões sobre o aconselhamento nutricional; e

i) mural com frases, informações, figuras e fotografias dos eventos realizados, como forma de motivação.

O nutricionista deve desenvolver um relacionamento construtivo com empatia e humanização, para aplicar com efetividade a educação nutricional continuada. Desta forma irá conseguir atingir o objetivo do tratamento, proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes renais crônicos.

7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

7.1 INTRODUÇÃO

Atualmente a Doença Renal Crônica (DRC) é hoje um problema de saúde pública em todo o mundo. Causada por agressões persistentes e irreversíveis ao parênquima renal que levam a redução progressiva da taxa de filtração glomerular, caracteriza-se clinicamente pela elevação de escórias nitrogenadas, acidose metabólica, alterações eletrolíticas, entre outras anormalidades .

Quando a doença renal atinge seu estágio mais avançado, a falência renal resulta na necessidade de se iniciar a Terapia Renal Substitutiva (TRS), cujas opções disponíveis são

a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Embora o transplante seja considerado a melhor opção, a hemodiálise é a terapia mais utilizada em nível mundial. Além da TRS, os pacientes devem aderir ao tratamento dietético e farmacológico.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a prevalência de pacientes em diálise no Brasil alcançou a taxa de 684 pacientes por milhão de população, o que representa um aumento de 30% nos últimos 5 anos, perfazendo o total de 144.779 pacientes em 2019.

Em relação ao perfil dos pacientes em diálise no Brasil, observou-se um grande percentual de idosos, com 36% dos pacientes maiores de 64 anos e 58% do sexo masculino. As causas primárias mais frequentes da DRC dialítica foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em 32% dos pacientes, e diabetes, em 31%. A taxa de mortalidade bruta estimada foi de 18%. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal fonte pagadora, sendo responsável pelo financiamento de 79% dos pacientes em tratamento dialítico.

Além da alta prevalência do diabetes e da hipertensão arterial, pacientes em tratamento dialítico apresentam elevado índice de comorbidades, geralmente relacionadas a complicações cardiovasculares, anemia, alterações do metabolismo mineral, doença óssea, desnutrição, entre outras. Consequentemente utilizam fármacos de várias classes terapêuticas, incluindo anti-hipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, quelantes de fósforo, análogos da vitamina D, agentes estimuladores da eritropoiese, compostos de ferro, entre outros).

Por serem polimedicados, estes pacientes apresentam alto risco para Problemas Relacionados a Medicamentos. A identificação das fragilidades no processo de uso de medicamentos e possíveis intervenções por parte do farmacêutico podem contribuir para melhorar a segurança medicamentosa, melhorar desfechos e reduzir o custo do tratamento.

A prática farmacêutica orienta-se para a atenção ao paciente e o medicamento passa a ser visto como um meio ou instrumento para se alcançar um resultado, seja este paliativo, curativo ou preventivo. Ou seja, a finalidade do trabalho deixa de focalizar o medicamento enquanto produto farmacêutico e passa a ser direcionada ao paciente, com a preocupação de que os riscos inerentes à utilização deste produto sejam minimizados.

Dentro deste contexto a presença do farmacêutico se faz fundamental para prestar assistência e atenção farmacêutica através da análise de cada doente como um ser único dotado de sentimentos e alterações próprias e assim prestar orientação sobre a utilização

correta dos medicamentos, evitando problemas que possam ocorrer devido à grande quantidade de fármacos.

O farmacêutico deve adaptar sua forma de assistência para cada paciente colocando em foco a pessoa e não só a doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento. É necessário reconhecer o direito de cada sujeito em exercer sua individualidade e a necessidade emocional inerente a cada um. Deve-se respeitar as diferenças, não devendo existir uma imposição hierárquica por parte do profissional, mas sim a realização de um trabalho que considere o paciente e sua família, tendo como objetivo comum a melhora das condições de saúde e de vida das pessoas.

7.2 COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA NA DOENÇA RENAL

CRÔNICA Entender a complexidade do tratamento medicamentoso de pacientes em diálise é relevante para compreender a importância da atuação do farmacêutico clínico junto à equipe multidisciplinar nos serviços de diálise. Voltado para as doenças de base ou para as anormalidades decorrentes da falência renal, o tratamento implica um grande arsenal de prescrições e complexos regimes terapêuticos que elevam o risco de eventos adversos, interações medicamentosas.

7.3 TREINAMENTO DA HIPERTENSÃO E COMPLICAÇÕES CARDIVASCULARES

A hipertensão afeta até 90% da população de pacientes em hemodiálise e é um fator de risco para desfechos cardiovasculares adversos. O primeiro passo no tratamento da hipertensão em pacientes em diálise é o controle do volume do fluido extracelular através da manutenção do peso seco na diálise, redução da ingestão de sal e restrição hídrica. Entretanto, a administração de anti-hipertensivos também é necessária para o controle dos valores pressóricos nesta população.

A maioria das classes destes medicamentos é cabível para uso nestes pacientes, sendo comum a prescrição de vários medicamentos anti-hipertensivos para se alcançar o controle efetivo da pressão arterial. Os agentes anti-hipertensivos de primeira linha incluem Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) e Bloqueadores de Receptores

de Angiotensina. Simpaticolíticos, beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio e vasodilatadores diretos também são eficazes no controle da pressão arterial destes pacientes. Além dos antihipertensivos, são comumente utilizados antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, estatinas, digitálicos e antiarrítmicos.

7.4 TRATAMENTO DA ANEMIA

A anemia é uma complicação frequente em pacientes tratados por diálise. Esta condição decorre da diminuição de produção de eritropoetina pelas células endoteliais nas proximidades dos túbulos renais associada à deficiência de ferro, em decorrência da perda crônica de sangue e diminuição na absorção de ferro da dieta. Portanto, o tratamento da anemia na DRC consiste na reposição de compostos de ferro e deritropoetina. A administração deste último, pode ser feita por via endovenosa ou subcutânea, já a administração de ferro se faz preferencialmente por via endovenosa, durante a sessão de hemodiálise.

7.5 DISTÚRBIOS DO METABOLISMO ÓSSEO E MINERAL

Com o declínio da função renal, ocorrem alterações progressivas no metabolismo mineral e ósseo do paciente, prejudicando a homeostase do cálcio, fósforo e dos hormônios reguladores: hormônio da paratireóide, 1,25-hidroxivitamina D e fator de crescimento de fibroblastos-23. A hiperfosfatemia, caracterizada pelo aumento da concentração plasmática de fosfato, em associação com o cálcio, pode levar à calcificação das artérias coronárias e complicações cardiovasculares .

Para o tratamento dos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo, além das medidas dietéticas de restrição de fósforo e adequação da dose de diálise, recomenda-se o uso de quelantes de fósforo (quelantes à base de cálcio ou cloridrato de sevelamer) e medicamentos para controle do hiperparatireoidismo, como os análogos da vitamina D e calcimiméticos. Os critérios de uso destes fármacos estão estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC .

Assim sendo, a polifarmácia é altamente prevalente nos pacientes em diálise cujo número médio de medicamentos em uso pode variar de 5 a 14 por dia, com uma média de 17 a 25

doses diárias.

7.6 POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NA FARMACOTERAPIA DOS PACIENTES EM DIALISE

A prevalência de IM em pacientes em diálise é elevada. Um estudo realizado a partir da análise de prescrições médicas de pacientes nefrológicos de um hospital de referência do nordeste brasileiro demonstrou que 83% das prescrições apresentavam interações medicamentosas. A maioria das interações foram consideradas de menor gravidade, entretanto cerca de 12% dos casos foram classificados como de maior gravidade, como a coadministração de anlodipino e sinvastatina. Esta associação aumenta o risco de ocorrência de miopatias, incluindo rabdomiólise, pois o anlodipino aumenta os níveis séricos da estatina através de modificações em sua farmacocinética. Também chamou a atenção a elevada ocorrência da prescrição de atenolol com clonidina, associação que aumenta o risco de hipertensão rebote.

Para prevenir IM, os responsáveis pelas prescrições de medicamentos em pacientes com DRC devem estar cientes dos fatores determinantes da sua ocorrência e especialmente atentos aos possíveis efeitos da insuficiência renal sobre a excreção renal de fármacos. Chamam atenção para a possibilidade de alterações no metabolismo e eliminação dos fármacos em decorrência da DRC, assim como os possíveis efeitos da diálise sobre a farmacocinética dos medicamentos, sendo então de suma importância que se atente para o monitoramento e ajuste das doses.

É interessante ainda ressaltar a frequente falta de informações sobre a duração do tratamento e precárias recomendações de uso, uma vez que tais itens podem resultar em tempo e forma de uso inadequados, aumentando os riscos de ocorrência de efeitos não desejados, como a intoxicação medicamentosa, interações e reações adversas a medicamento.

Portanto, é fundamental avaliar e monitorar IM uma vez que estas podem agravar a condição clínica do paciente. Para esse monitoramento, faz-se necessária a atuação da equipe multidisciplinar, com destaque para a atuação do farmacêutico, que pode fornecer orientações em prol de um manejo terapêutico adequado e eventualmente sugerir a substituição de medicamentos que possam agravar o dano renal.

7.7 OPORTUNIDADE DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO EM SERVISOS DE DIALISE

O envolvimento do farmacêutico clínico na linha de cuidado do paciente com DRC pode melhorar os desfechos e reduzir custos para o sistema de saúde. A redução das taxas de hospitalização, redução no número de medicamentos utilizados e melhora geral na qualidade de vida dos pacientes em diálise também são resultados de intervenções do farmacêutico junto à equipe assistencial.

A não adesão ao tratamento farmacológico é um problema comum nos pacientes em diálise, e a falta de compreensão das instruções de uso dos medicamentos é uma causa importante para a não adesão medicamentosa. O farmacêutico pode assegurar que o paciente tenha e entenda a informação necessária para utilizar o medicamento.

Portanto as possibilidades de atuação do farmacêutico em unidades de diálise incluem desde funções técnicas, nas quais ele garante todos os requisitos técnicos e legais do ciclo da assistência farmacêutica, até funções clínicas, onde pode desempenhar intervenções centradas no paciente, como prover informações relacionadas aos medicamentos a este e à equipe multidisciplinar.

A resolução nº 672 de 2019 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) dispõe sobre a atuação do farmacêutico em serviços de diálise (CFF, 2019). As atribuições clínicas deste profissional em serviços de diálise segundo esta resolução estão descritas abaixo.

Atribuições Clínicas do Farmacêutico em Serviços De Diálise
a) Prevenir, identificar, avaliar, monitorar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia e demais produtos utilizados na assistência ao paciente;
b) Acessar, conhecer, interpretar e organizar as informações constantes do prontuário, a fim deproceder à avaliação do paciente;
c) Conhecer as condições fisiopatológicas do paciente;
d) Fazer a *anamnese* farmacêutica, incluindo a história da doença atual, comorbidades, hábitosde vida, alergias conhecidas, uso prévio de medicamentos, entre outros;
e) Fazer a conciliação de medicamentos;
f) Fazer o acompanhamento farmacoterapêutico;

g) Analisar a prescrição do paciente quanto aos aspectos legais e técnicos, de modo a promovero uso adequado de medicamentos e de outros produtos para a saúde;
h) Avaliar a farmacoterapia quanto à indicação, doses, frequência, horários, vias de administração, formas farmacêuticas, dialisabilidade, reconstituição, diluição, tempo e velocidade de infusão, duração do tratamento, com o objetivo de atender às necessidades individuais do paciente;
i) Gerenciar, avaliar e otimizar a terapia antimicrobiana, com o objetivo de promover o uso racional de antimicrobianos, em consonância com as diretrizes da instituição relacionadas ao controle de infecção;

Figura 4- Atribuições Clínicas do Farmacêutico em Serviços De Diálise Fonte: Oliveira FM e Rodrigues JLG, 2021; dados extraídos do CFF, 2019a.

O CFF reafirmou os impactos positivos da atuação do profissional farmacêutico nestes serviços, como a possibilidade da redução da mortalidade dos custos econômicos associados a má utilização dos medicamentos nos serviços de diálise (CFF, 2019b).

A inclusão desse profissional nos serviços de nefrologia e TRS tem como objetivo melhorar a segurança e otimizar o tratamento farmacológico desses pacientes, contribuindo para melhoria da qualidade dos serviços prestados a estes indivíduos e redução dos riscos.

Importância da conciliação medicamentosa em unidades de diálise

Entre as ações voltadas para a segurança do paciente, destaca-se o processo de Conciliação Medicamentosa (CM). A CM é um processo formal no qual obtém-se uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza (incluindo nome, dose, frequência e via de administração), que deve ser comparada com as prescrições médicas feitas em momentos de transição da assistência (admissão,

transferência, consultas ambulatoriais ou). Essa lista é usada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos em todos os pontos de transição do cuidado e tem como principal objetivo diminuir problemas relacionados com medicamentos.

A partir da CM é possível identificar as discrepâncias medicamentosas, sendo estas definidas como qualquer diferença encontrada entre o histórico de medicamentos utilizado pelo paciente e os medicamentos prescritos para este na admissão hospitalar ou mesmo nos tratamentos ambulatoriais. Se forem encontradas discrepâncias, estas devem ser discutidas com o médico e, se apropriado, a prescrição deve ser ajustada. As alterações de prescrição ocorrem principalmente nos esquemas terapêuticos de pacientes após hospitalização, transferidos de outras unidades ou que recorrem a outras especialidades médicas.

Em serviços de diálise, além da necessidade da CM quando da mudança do nível de assistência do paciente, este processo é importante para harmonizar a prescrição ambulatorial feita pelo nefrologista com os medicamentos prescritos por médicos de outras especialidades. Devido às múltiplas comorbidades, pacientes em diálise podem ter vários prescritores envolvidos no seu tratamento com frequentes mudanças em sua prescrição.

A CM contribui para:

1. Manter a lista de medicamentos de cada paciente atualizada, assegurando a continuidade terapêutica de forma racional e segura;
2. Compatibilizar alterações da medicação;
3. Prevenir erros relacionados com os medicamentos, como duplicação e interações medicamentosas;
4. Detectar possíveis alergias e contraindicações, visto que, devido à condição da sua doença, os pacientes com DRC apresentam uma vasta quantidade de medicamentos contraindicados.

Os farmacêuticos clínicos na hemodiálise são ainda um profissional apto para realização de formações a outros profissionais de saúde, nomeadamente, de farmacovigilância, medicamentos dialisáveis, precauções na administração e acondicionamento de novos medicamentos na clínica. A realização de palestras e direcionadas não só aos doentes, como também aos seus cuidadores e o envolvimento dos familiares dos doentes é também um fator relevante no estímulo ao autocuidado.

A importância do farmacêutico clínico no contexto da doença renal crônica, especialmente em serviços de diálise, onde os pacientes apresentam múltiplas comorbidades e são comumente submetidos à polifarmácia. Olhar clínico do farmacêutico é de suma importância, visando a melhorar os desfechos da terapêutica. É necessário, cada vez mais, as várias classes profissionais de saúde trabalharem em sintonia por forma a poupar esforços e a aumentar a produtividade e alcance do objetivo principal que é o doente. O papel do farmacêutico é preponderante na resolução deste problema de saúde pública sentido por todo o mundo.

8. ASSISTÊNCIA FISOTERAPÊUTICA

8.1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é definida como uma patologia que afeta os rins de uma forma global diminuindo a função renal. Este processo é crônico e evolutivo, resultando em perda da capacidade homeostática e endócrina do sistema renal. Alterações estas podem influenciar de forma negativa as habilidades funcionais do indivíduo com IRC, pois a diminuição da capacidade funcional é de causa multifatorial, incluindo problemas cardiovasculares, respiratórios e musculares, nos quais as capacidades de captar, transportar e utilizar o oxigênio (O2) podem estar prejudicadas. Os aspectos que levam o paciente renal crônico a desenvolver déficits funcionais estão relacionados a mecanismos complexos que levam o indivíduo a diminuição da capacidade funcional, baixa tolerância ao esforço, dificuldades em realizar atividades de vida diária e consequente piora da qualidade de vida.

8.2 PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

Para a reabilitação do paciente com IRC em tratamento hemodialítico estão descritos na literatura diversos protocolos que abordam o paciente em três momentos de sua rotina: imediatamente antes da sessão de hemodiálise, durante as primeiras duas horas da sessão de hemodiálise e em dias alternados das sessões de hemodiálise. Os exercícios realizados nos intervalos das sessões de hemodiálise podem ser de dois tipos: supervisionados e realizados em clínicas especializadas ou orientados para a realização domiciliar, que será o nosso foco na Policlínica, o estímulo ao Autocuidado Apoiado.

Pode-se classificar também os protocolos de reabilitação para estes pacientes analisando o objetivo do tratamento. Há várias descrições de protocolos de condicionamento aeróbio e exercícios de resistência muscular com pesos para treinamento específico da musculatura periférica.

Diversos protocolos de condicionamento aeróbio que utilizam a bicicleta ergométrica ou a esteira rolante têm demonstrado melhoras no consumo de oxigênio (VO2) máximo e VO2 pico, freqüência cardíaca (FC) de repouso e durante a atividade, níveis de pressão arterial, metabolismo lipídico, utilização da glicose e limiar anaeróbio. Além desses resultados existem evidências de que o condicionamento pode elevar a clearance de diversos catabólitos como uréia e fosfato quando realizados durante as sessões de hemodiálise. Essas alterações fisiológicas do treinamento resultam em uma melhor capacidade dos sistemas em captar e distribuir o oxigênio aos tecidos, o que colabora de maneira significativa para o controle dos fatores de risco para doença cardiovascular, já que esta é a principal causa de morbidade entre os pacientes com IRC.

Os protocolos de exercícios de resistência muscular com pesos para treinamento de força da musculatura periférica (membros superiores e inferiores) também são descritos na literatura para o paciente renal crônico. Nesses protocolos foram encontradas evidências de melhora na força muscular, na síntese protéica contrátil, na capilarização e no fluxo sanguíneo muscular, resultando em hipertrofia do músculo. Os autores relatam que esses efeitos podem reverter ou minimizar o processo de lesão muscular causado pela uremia, melhorando também a remoção de catabólitos do músculo. Todos os protocolos propiciam ao paciente melhora na capacidade de exercício, atividade funcional e de vida diária. Também apresentaram além dos benefícios fisiológicos uma melhora na condição do músculo treinado em utilizar ATP e realizar as atividades funcionais do indivíduo de maneira mais eficiente.

O estudo, publicado por Coelho et al (2006), mostrou redução significativa da pressão arterial sistólica e volume de oxigênio máximo (VO2max), indicando melhora na capacidade funcional e auxiliando no controle hemodinâmico.

O protocolo de treinamento estudado por Peres e Brunetto (2009) mostrou que o treinamento durante as sessões de hemodiálise foi seguro e melhorou o índice de eficiência da hemodiálise (KtV) dos pacientes estudados, além de benefícios no desempenho

funcional do teste da caminhada, VO2max e força muscular de quadríceps, indicando melhora significativa da capacidade funcional e das atividades de vida diária.

Desta forma, já existem estudos consistentes que podem auxiliar o fisioterapeuta no atendimento especializado desta população de pacientes que vêm crescendo a cada dia no Brasil.

8.3 AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICO-FUNCIONAL

Esta avaliação tem como propósito indicar metodologias que sejam específicas para identificar os problemas apresentados pelos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, que sejam confiáveis e reprodutíveis para ser aplicada por fisioterapeutas na avaliação e acompanhamento do paciente renal crônico em hemodiálise, individualizando desta forma a prescrição fisioterapêutica.

A ficha de avaliação é importante porque permite criar uma coleta de dados padronizada para que o serviço de atendimento da Fisioterapia seja especializado e possibilite o acompanhamento do paciente durante toda a evolução no setor de hemodiálise. É necessária para levantar os principais problemas funcionais do indivíduo e desta forma organizar a prescrição fisioterapêutica.

Esta ficha deverá conter:

a) anamnese completa com histórico pessoal e familiar;

b) relatório da evolução de exames laboratoriais (segundo a rotina do serviço) e medicamentos utilizados; e

c) exame físico: itens comuns do exame físico com inspeção e palpação, teste de amplitude de movimento (ADM) e força muscular, exame neurológico clínico, exame circulatório, respiratório e queixas.

Há exames funcionais específicos do fisioterapeuta, logo o fisioterapeuta deverá organizar a avaliação funcional de acordo com as queixas dos pacientes e os materiais disponíveis no setor, porém não pode deixar de abordar todos os possíveis problemas que o paciente com IRC poderá apresentar.

Seguem abaixo alguns testes clínicos de fácil realização e que são reprodutíveis e confiáveis para o acompanhamento do paciente com IRC em tratamento hemodialítico:

a) teste da caminhada em 6 minutos: para avaliação da capacidade funcional e de deslocamento. Este teste de esforço é de caráter submáximo, no qual o paciente é colocado para caminhar o mais rápido que ele puder durante seis minutos, numa pista marcada de no mínimo 15 metros. Juntamente com o teste são realizadas as mensurações dos sinais vitais (freqüência cardíaca, pressão arterial e freqüência respiratória) e escala de dispnéia e de intensidade de esforço de Borg, no início e ao final do teste;

b) força muscular respiratória: avaliada através do Teste de Pressões Respiratórias Máximas (pressões inspiratória e expiratória máximas) - PImax e PEmax - utilizando um manovacuômetro analógico ou digital. Utilizar os valores de referência para a população brasileira;

c) acompanhamento da espirometria: se houver a possibilidade de acompanhamento do teste de função pulmonar do paciente com IRC é de interesse que o mesmo realize o teste na admissão no setor para diagnóstico diferencial da função pulmonar e posteriormente para acompanhamento da evolução. Sugere-se a reavaliação pelo menos uma vez ao ano, ou antes, se surgirem queixas ou complicações respiratórias agudas;

d) avaliação de sensibilidade protetora: como muitos dos pacientes são diabéticos e também podem evoluir com neuropatia urêmica a avaliação da sensibilidade protetora deve ser incluída nos testes específicos. Sugere-se o uso dos Monofilamentos Semmes-Weinstein já padronizados para este tipo de teste em pacientes com diabetes mellitus (SOUZA, 2005).

e) teste Tmed up and Go (TUG): possibilita ao fisioterapeuta a avaliação da velocidade, agilidade e do equilíbrio dinâmico. O paciente deverá iniciar o teste sentado com o apoio dorsal no encosto da cadeira e a partir da ordem do avaliador, o paciente deverá levantar-se sem ajuda das mãos, andar por uma pista de 3 metros e voltar a sentar-se na cadeira sem auxílio das mãos. O tempo gasto na realização das tarefas deverá ser inferior a 20 segundos;

f) dinamometria para membros superiores: possibilita ao fisioterapeuta avaliar a força muscular dos membros superiores por meio da força de preensão palmar da mão dominante, obtida com o uso de um dinamômetro. Este exame é bastante utilizado e de fácil reprodução;

g) teste de força muscular periférica (1RM): consistiu na medida na qual o paciente é

incentivado a executar uma repetição máxima do movimento do músculo a ser testado. É mais utilizado para membros inferiores, principalmente musculatura de quadríceps no teste de extensão do joelho;

h) questionário de qualidade de vida: a qualidade de vida é um importante fator que o fisioterapeuta poderá avaliar juntamente com a equipe que atende o paciente.Possibilitando uma avaliação da qualidade de vida relacionando o estado mental e físico do paciente; e

i) questionários semi-estruturados elaborados para avaliação das queixas e percepção da saúde pelo paciente podem ser organizados juntamente com auxilio da equipe transdisciplinar para melhor conhecer e acompanhar o paciente.

8.4 PRESCIÇÃO DE EXERCÍCIO FISICO NO PACIENTE EM TERAPIA HEMODIALÍTICA

Esta seção tem como objetivo indicar, aos profissionais fisioterapeutas, as principais diretrizes fundamentadas na literatura para a prescrição de exercícios físicos para o paciente com IRC, durante o período intradialítico.

Seguem abaixo sugestões que se refere à realização de exercícios durante a sessão de hemodiálise:

a) exercícios de fortalecimento muscular, deve-se utilizar o membro superior contralateral à fístula, com carga leve a moderada, sendo livre os exercícios para ambos os membros inferiores;

c) toda a terapia deverá iniciar com aquecimento, seguida de treinamento e desaquecimento;

d) exercícios de alongamento devem ser prescritos segundo o exame físico realizado individualmente em cada paciente;

e) o paciente deverá realizar o protocolo sempre nas primeiras duas horas de hemodiálise, pois é o momento de maior estabilidade hemodinâmica;

f) todos os exercícios deverão ser realizados sob supervisão direta do fisioterapeuta;

g) os sinais vitais (PA, FC, FR), nível de intensidade de esforço de Borg e queixas do paciente deverão ser monitorizados no mínimo antes e após o protocolo de atendimento;

h) poderão ser incluídos exercícios de controle respiratório, exercícios metabólicos,

exercícios específicos para propriocepção e equilíbrio, massagem de relaxamento, pompages, entre outras técnicas conforme a avaliação cinesiológica-funcional do paciente.
i) Exercícios em grupo na cadeira durante a diálise, tendo referência a ginástica laboral, é uma série de exercícios de baixa intensidade, curta duração, tempo médio 20 minutos, que envolve técnicas de alongamento da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e técnicas de respiração. Durante os exercícios é trabalhado percepção corporal, reeducação de postura e compensação muscular.

Durante o período intradialítico os exercícios proporcionam uma melhor adesão ao tratamento, diminuição da monotonia e melhora da eficácia da terapia hemodialítica. Outros resultados específicos são a melhora da força muscular, VO2max, capacidade pulmonar, pressão arterial de repouso com consequente incremento na capacidade funcional e das atividades de vida diária, disposição e qualidade de vida.

8.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A autonomia faz parte dos princípios do SUS para a saúde da população. Para que se consiga autonomia o indivíduo precisa conhecer seu problema de saúde e todo o contexto que irá seguir durante a evolução e tratamento de sua doença. Desta forma, o fisioterapeuta deverá participar de ações de Educação em Saúde em conjunto com a equipe do serviço de hemodiálise da Policlínica.

O fisioterapeuta poderá ministrar palestras e dinâmicas aos pacientes e familiares e/ou cuidadores ensinando os cuidados com a saúde relacionando-os aos benefícios da prática regular de exercícios físicos, o autocontrole da intensidade do exercício a ser realizado em ambiente domiciliar, os cuidados preventivos com outros problemas relacionados à postura e complicações osteomioarticulares conseqüentes da IRC, favorecendo uma melhor qualidade de vida e adesão dos indivíduos ao contexto que envolve o tratamento de uma pessoa com insuficiência renal crônica.

8.6 ASPECTOS TRANSDISCIPLINARES

Os benefícios conseguidos com a prática de exercícios físicos direcionados para pacientes em hemodiálise são refletidos em todo o contexto de saúde do indivíduo, no contexto médico observa-se a melhora da eficiência da hemodiálise, do melhor controle da pressão

arterial e fatores de risco cardiovascular, no contexto nutricional a melhora da condição da composição corporal, psicológico com a melhora da disposição em realizar atividades ocupacionais e sociais, entre outros.

A integração do fisioterapeuta na equipe que atende o paciente com IRC, pode promover ações que proporcionem atendimento nos aspectos biopsicossocial do indivíduo, melhorando a qualidade da intervenção e proporcionando uma ação mais integral no cuidado à saúde do paciente.

9. ASSISTÊNCIA FONAUDIOLÓGICA

Ainda que não estejam claros quais são os mecanismos envolvidos, sabe-se que pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), além do quadro inflamatório, podem apresentar também alterações na regulação do eixo hipotálamo-hipófise, no sistema imune, no padrão de sono, no humor e na deglutição, sendo a ocorrência desses sintomas dependente da doença, dos hábitos alimentares e do grau de redução da função renal.

Por ser a deglutição um ato complexo no qual se faz necessária a integridade de vários sistemas neuronais envolvidos na integração de estímulos, sistema nervoso central e resposta motora, quaisquer patologias que afetem tal integração podem levar à disfagia. Por ser a IRC uma patologia que apresenta quadros de alteração de níveis de consciência além de xerostomia, justifica-se a investigação da hipótese de que esses pacientes possam apresentar disfagia orofaríngea.

A investigação sobre a biomecânica da deglutição na IRC visa contribuir para o entendimento das causas e consequências de vários sintomas clínicos nesses indivíduos, conhecidamente relacionados à disfagia, além de levantar a possível necessidade e o direcionamento de uma intervenção fonoaudiológica precoce no que se refere à segurança e à eficácia de deglutição nessa população. Assim, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil de deglutição orofaríngea em indivíduos com IRC.

Outra barreira para o cuidado é a associação do letramento funcional em saúde inadequada.

O letramento funcional em saúde (LFS) é a capacidade de entender, interpretar e aplicar informações escritas, faladas ou numéricas, necessárias para compreender e transitar nos ambientes de cuidados de saúde. Um baixo LFS pode dificultar a promoção e a educação

em saúde e está associado aos comportamentos de risco, tais como redução do autocuidado, aumento de hospitalizações e custos.. Nesse contexto, considera-se importante não apenas a capacidade de leitura e escrita, mas o que o sujeito é capaz de fazer com as informações de saúde obtidas. Acredita-se que uma pessoa com nível de LFS satisfatório transite melhor pelos ambientes de saúde, tendo, assim, melhores condições para o autocuidado e para o gerenciamento de condições de saúde

Os distúrbios de deglutição podem ser ocasionados por acometimentos neurológicos, estruturais, mecânicos, senis ou psicogênicos. Consistem em qualquer dificuldade em transportar o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago, sendo fator de risco para desnutrição, desidratação e podendo ocasionar pneumonia aspirativa. O tratamento das disfagias orofaríngeas envolve adaptações, ações reabilitadoras e orientações que visam minimizar os riscos de uma deglutição ineficiente. Diante disso, acredita-se que o LFS adequado pode ser um facilitador no manejo clínico, tendo em vista que pode influenciar a percepção que o sujeito tem sobre sua condição de saúde e o desempenho em atividades de autocuidado.

Investigar o letramento funcional em saúde em pessoas com disfagia se faz importante, considerando que a assistência e adesão ao tratamento têm como eixo fundamental a participação do indivíduo. Desse modo o construto LFS não pode ser negligenciado pelos profissionais de saúde, incluindo o fonoaudiólogo envolvido nos processos terapêuticos e diagnósticos, que deve buscar a triangulação com fatores cognitivos, de escolaridade, socioeconômicos e gravidade da disfagia. Sendo assim, é necessário verificar a associação do letramento funcional em saúde de adultos e idosos com disfagia aos dados socioeconômicos, clínicos e de habilidade de deglutição, de acordo com o rastreio cognitivo.

10. INTERSETORIALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE COMO ESTRATÉGIAS PARA HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

10.1 HUMANIZAÇÃO

Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a

participação coletiva no processo de gestão.

10.2 ACOLHIMENTO

A noção de acolhimento já acumula experiências nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); a idéia de acolhimento no campo da saúde soma uma gama de definições, entre elas a dimensão espacial, ou seja, recepção, ambiente confortável, triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados, porém essas definições isoladas não contemplam a proposta de Humanização do sistema.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética (compromisso com o reconhecimento do outro), estética (dignificação da vida e do viver) e política (compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”) constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Para colocá-lo em ação, o acolhimento, implica:

a) atuação dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;

b) abertura e valorização entre o usuário e o profissional de saúde;

c) reorganização do serviço de saúde de forma que possibilite a intervenção da equipe multidisciplinar para resolução do problema do usuário;

d) horizontalização por linhas de cuidado;

e) postura de escuta e compromisso com a resposta às necessidades dos usuários;

f) construção coletiva, envolvendo a equipe local e a rede de serviços centrais e distritais;

g) conhecimento, pela equipe local, da rede de assistência de referência e contrarreferência;

h) mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão coletivas.

A partir destes conceitos expostos, na prática da TRS, entendemos que o acolhimento perpassa por todos os momentos onde há interação entre o paciente/cliente, familiares/cuidadores com a equipe multidisciplinar, sendo este, um processo dinâmico e

em constante construção.

10.3 CLÍNICA AMPLIADA

Pode-se dizer que a Clínica Ampliada é um compromisso com o sujeito doente, visto de modo singular; é assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; é buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade e reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, e por fim, é assumir um comprometimento ético profundo.

Em uma equipe interdisciplinar há possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologia e esquemas conceituais entre as disciplinas. Assim, trata-se de um diálogo que leva ao enriquecimento e transformação de disciplinas envolvidas. Esse termo segundo o autor, implica na interação de diferentes disciplinas científicas sob a coordenação de uma delas.

A multidisciplinaridade é um conjunto de disciplinas que trata simultaneamente de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam efetivas trocas entre si. Cada especialista emprega sua metodologia, baseado em suas hipóteses e teorias, sendo que o objeto em questão é visto sob diferentes pontos de vista, não existindo a perspectiva de síntese.

A transdisciplinaridade diz respeito a uma compreensão que transcende o âmbito de cada disciplina e surge através da articulação que possibilita o surgimento de uma nova visão da natureza e da realidade.

Nesse contexto a equipe que funciona segundo uma dinâmica transdisciplinar tem sua coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Cria-se um campo novo com a autonomia teórica e metodológica com relação às disciplinas que o compõe.

A intersetorialidade consiste em uma estratégia política complexa, que compreende a articulação de setores, saberes, poderes e vontades diversas, para enfrentar problemas complexos.

Caracteriza-se como uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas que

possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

À estratégia política que compreende a articulação entre o setor da saúde e demais setores sociais, tais como, Secretaria de Assistência Social, Educação entre outros, para o alcance de uma meta comum, chama-se multissetorialidade.

Nos serviços de TRS, a Inter e Multissetorialidade deve acontecer de modo dinâmico e contínuo, buscando a integralidade de atendimento às necessidades dos usuários.

As sugestões para prática da Clínica Ampliada em TRS estão contempladas na figura abaixo.

Variável	Sugestão
Queixas	Acolher toda queixa ou relato do paciente mesmo quando possa parecer não interessar para o diagnóstico e tratamento da doença renal crônica, sugerindo ou oferecendo alternativas.
Recomendações	Evitar recomendações culpabilizantes, negociar restrições, tentar produzir co-responsabilidade e não culpa
Ofertas	Trabalhar com ofertas e não apenas com restrições, individualizando as.
Qualidade de vida	Valorizar e estimular a adoção de medidas que influenciem positivamente na qualidade de vida da pessoa.
Integralidade	Abordar o paciente evitando questionamentos sobre comportamentos, enfatizando não somente a doença renal.
Compreensão	Questionar o entendimento do paciente sobre as recomendações realizadas pela equipe.
Vida social	Buscar a inserção social do indivíduo.
Trabalho em equipe	Horizontalidade da equipe de assistência

Figura 5 - Sugestões para prática da Clínica Ampliada em TRS

10.4 AMBIÊNCIA

Ambiência em saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos, a confortabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço que possibilita a produção de subjetividades, encontro de sujeitos, por meio de ação e reflexão sobre os processos de trabalho; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do

processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

As clínicas podem otimizar a existência de um ambiente multifuncional, que será utilizado para reuniões que possibilitem a realização de dinâmicas, roda de conversa, educação continuada, palestras com familiares/cuidadores, atividades lúdicas, com finalidade terapêutica e social, aproximando os sujeitos envolvidos.

Sugere-se a realização de levantamento junto à clientela atendida e equipe transdisciplinar, quanto à melhoria do ambiente (espaço, temperatura, luz, cor, som, cheiro, focalizando a sala de tratamento hemodialítico), com o objetivo de potencializar o bem estar individual e coletivo.

10.5 ACOMPANHANTE

A proposta da política nacional de humanização, cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

O acompanhante é o representante da rede social do paciente dialítico que a acompanha durante a sua permanência nos ambientes de assistência à saúde.

Entende-se que o acompanhamento deve acontecer no período pré e pós-dialítico, sendo que no interdialítico, podem ocorrer riscos relacionados à biossegurança, falhas no controle de infecção e dificuldades no atendimento às intercorrências, comprometendo a qualidade do atendimento.

Aos pacientes assistidos por lei (idosos e crianças), o acompanhamento é garantido desde que sejam tomadas as precauções de biossegurança e controle de infecção

10.6 CO-GESTÃO PARTICIPATIVA E FORMAÇÃO DE REDE DE EQUIPE

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, como um de seus princípios definidos na Constituição Federal, a participação social, que resulta em maior democracia no espaço da gestão da saúde. Esta gestão é realizada pelos estados e municípios, pois o SUS adota, como estratégia organizativa, a descentralização para atingir os cidadãos em seu cotidiano, neste contexto a co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo.

Na TRS, entende-se co-gestão como a participação da equipe transdisciplinar subsidiada pela gestão administrativa, com garantia da participação do paciente, sem peso maior para uma das partes, favorecendo a qualidade de atendimento, a partir de uma organização do processo de trabalho que mescle as ciências envolvidas.

10.7 PRONTUARIO TRANSDISCIPLINAR

Prontuário não significa apenas o registro da anamnese do paciente e de dados específicos do tratamento dialítico, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência.

A proposta do prontuário transdisciplinar é ampliar o conceito, definindo-o como o registro, escrito e falado, da assistência prestada pela Equipe Transdisciplinar ao paciente portador de doença renal crônica em tratamento dialítico.

10.8 ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DA TRANSDISCIPLINARIDADE NOS SERVIÇOS DE TRS.

A transdisciplinaridade requer atitude diferenciada de todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente e, para que isso se viabilize, algumas estratégias são necessárias:

a) admissão do paciente pela equipe transdisciplinar;

b) valorização das pessoas envolvidas no tratamento, ou seja, usuários, familiares e/ou cuidadores e trabalhadores;

c) estudo de casos em grupo, através de reuniões periódicas para discussão dos PTS prioritários, definidos pela equipe transdisciplinar;

d) oficinas para educação permanente multidisciplinar com participação da equipe de saúde envolvida com a TRS, pacientes e familiares es de usuários;

e) envolvimento de familiares e ou cuidadores desde abordagem inicial, consultas, até as reuniões educativas com a equipe envolvida /ou cuidadores do paciente em tratamento;

f) rodas de conversa oportunizando a expressão dos sentimentos, impressões e angústias próprias do processo saúde/doença;

g) coordenador de linha de cuidado: cada serviço deve buscar a identificação do profissional com característica de “facilitador” para promover a integração entre os membros da equipe, usuários, familiares e rede de serviços.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Tipo de documento	Manual	Qualidade	
Título	**Pacientes Em Tratamento Hemodialítico**	Data de emissão: 16/10/2023 Versão: 00	Data de revisão: 16/10/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

12. ANEXOS

12.1 ANEXOS ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

ANEXO A- PRONTUÁRIO

ANEXO B- PRONTUÁRIO TRANSDICIPLINAR ANEXO C- ENTRVISTA FAMILIAR

12.2 ANEXOS ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

ANEXO D- ANAMNESE ALIMENTAR- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

12.3 ANEXOS ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANEXO E- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ALFAEPOETINA

NEXO F- FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ANEXO G- FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE ALFAEPOETINA ANEMIA EM PACIENTES

ANEXO H- FICHA FARMACOTERAPÊUTICA ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ALFAEPOETINA E SACARATO DE HIDRÓXIDO DE FERRO III

ANEXO I– GUIA DE ORIENTAÇÃO RECEBIMENTO GRATUITO DE MEDICAÇÃO PELO SUS REFERENTE A ANEMIA NA INSUFIENCIA RENAL CRÔNICA

12.4 ANEXOS ASSISTÊNCIA FONAUDIOLÓGICA

ANEXO J- ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA NO PACIENTE ADULTO EM HEMODIÁLISE

ANEXO K - SINAIS DA DISFAGIA

13. REFERÊNCIAS

13.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA SOCIAL

BRASIL. Lei Nº 8662 de 7 de junho de 1993. Regulamentação da profissão. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legilação_lei_8662.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2010.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. Relações sociais e serviço social no Brasil. 17. ed. ao Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética profissional do Assistente Social. Resolução CFESS Nº 273, de 15 de março de 2003, alterado pelas Resoluções 290/94 e 293/94. Diaponível em: <http://www.cefss.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em 17 jan. 2010.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

DOMINGUES, I. (Org.). Conhecimento e transdisciplinaridade. Belo Horizonte. UFMG, 2001.

FAZENDA, I. C. A. Avaliação e interdisciplinaridade. Revista Internacional d'Humanitats, ano II, n. 17, p. 35-92, set./dez, 2009.

IAMAMOTO, M. O serviço social na contemoraneidade: trabalho e formação profissional. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MAGALHÃES, S. M. Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres. São Paulo: Vera, 2003.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissiona, Emancipação, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

TRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A. (Orgs). Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

13.2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

BRITO, D. C. S. de e BARROS, D. T. R. A Orientação Profissional como método terapêutico e reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas. Revista Brasileira de Orientação Profissional, v. 9, n. 2, p. 141-148, dez. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de ética rofissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <http://www.psicologo.inf.br/codigo_de_etica_psicologo.asp>. Acesso em: 14 dez. 2009.

LOPES, A. A. Prontuário orientado por problemas e evidências (POPE): o contexto do SOAP Salvador: UFBA,2005. Disponível em: <http://www.medicina.ufba.br/educação_medica/atualizacao/NEC/topicos/topicos/top01.pdf.>. Acesso em: 19 de dez. 2009.

MARIANO, S. R. T. Mini-Curso – Psicologia Hospitalar. 6. Semana de Psicologia da UEM: Subjetividade e Arte. Anais... Maringá: UEM, 2004. Disponível em: <http://www.dpi.uem.br/vi semanapsi/pdf/resumo%20do%mini- curso%20Psicologia.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2009.

MARINHO, R. F.; SANTOS, N. O.; PEDROSA, A. F.; LUCIA, M. C. S. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. Psicologia hospitalar, v. 3. n. 2, p. 1-19, ago. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ph/v3n2a05.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2009.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.;AZEVEDO NETO, R. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: FMUSP/UNIFESP/OPAS, 2003.

PREGNOLATTO, A. P. F. Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - PUC- Campinas, 2005.

SOUZA, Z. S.; MORAES, M. I. D. M. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. Bioética, v. 6, n. 1, p. 89-93, 1998.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. Avaliação Psicológica, v.4, n. 1, p. 7-64, jun. 2005.

ZIMMERMANN, R; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 26, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2004.

13.3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

AUGUSTO, A. L. P.; ALVES, D. C.; MANNARINO, I. C.; GERUDE, M. Terapia nutricional. São Paulo: Atheneu, 2005.

CUPPARI, L.; AVESANI, C. M.; MENDONÇA, C. O. G.; MARTINI, L. A.; MONTE, J.C.M. Doenças renais. In: CUPPARI, L. Nutrição clínica do adulto. São Paulo: Manole, 2005.

DINALLI, S. C; PORTERO, K. C. C. Terapia nutricional em pacientes com insuficiência renal crônica. Revista Nutrição em Pauta, v. 13, n. 74, p. 30-33, set./out. 2005.

DUARTE, A. C. E.; CASTELLANI, F. R. Semiologia nutricional. Rio de Janeiro: Axcel, 2002.

DUARTE, A. C. G. Avaliação nutricional, aspectos clínicos e laboratoriais, 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

GOLDSTEIN, D. J. Assessment of nutritional status in renal diseases. In: MITCH, W. E.; KLAHR, S. Handbook of nutrition and the kidney. 4rd. ed. Philadelphia: Lippincott- Raven, 2002.

KALANTAR-ZADEH K.; KOPPLE, J.; BLOCK, G.; HUMPHREYS, M. H. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. Journal of the American Society of Nephrology, v. 12, n. 12, p. 2797- 2806, Dec. 2001.

KATHLEEN MAHAN, L.; ESCOTT-STUMP, S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005.

MACIEL, S. C. Novos rumos na psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learninf, 2002.

MAGALHÃES, A. O. Papel do fósforo e do paratormônio na progressão da doença renal crônica. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5148/tde- 04042008-142314/>. Acesso em: 06 set. 2008.

MARTINS, C. Avaliação do estado nutricional e diagnóstico. Curitiba: Nutroclínica, 2007.

PAPINI, H. F. Guia de avaliação nutricional para nefropatas em hemodiálise. São Paulo: Abbot, 2009.

PETERS, B. S. E; JORGETTI, V; MARTINI, L. A. Influência do hiperparatireoidismo secundário grave no estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica. Revista de Nutrição. Campinas, v. 19, n. 1, , p. 111-118, jan./fev. 2006.

PIFFER, T. B.; MCCULLOUGH, K. P.; PORT, F. K.; GOODKIN, D. A.; MARONI, B. J.;

HELD, P. J.; YOUNG, E. W. Mortality risk in hemodialysis patients and changes in nutritional indicators: DOPPS. Kidney International, v. 62, n. 6, p. 2238-2245, Dec. 2002.

RESENDE, L. T. T. Diálise. In: SILVA, S. M. C; MURA, J. D. P. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007.

RIELLA, M. C.; MARTINS, C. Nutrição e o rim. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROSA, G. (Org.). Avaliação nutricional do paciente hospitalizado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SAES, S. C. Alterações comportamentais em renais crônicos. Nursing, ano 2, n. 12, p. 17-21, maio 1999.

VALENZUELA, R. G. V.; GIFFONI, A. G.; CUPPARI, L.; CANZIANI, M. E. F. Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 49, n. 1, p. 72-78, 2003.

13.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ALMEIDA FA, et al. Tratamento da hipertensão arterial no paciente com déficit de função renal. Revista Brasileira de Hipertensão, 2002; 9(3): 288–292. ALSHAMRANI M, et al. Polypharmacy and medication-related problems in hemodialysis patients: a call for deprescribing. Pharmacy, 2018; 6(3): 76.

AMARANTE LC, et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 2010; 31(3): 209–215. 4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLINICA DE DIALISE E TRANSPLANTE (ABCDT).

ABCDT diverge dos conselhos de enfermagem e farmárcia sobre ampliação de profissionais nas clínicas de diálise. 2019.Disponível em: https://www.abcdt.org.br/2019/11/abcdt-diverge-dos-conselhos-de-enfermagem-e-farmarcia-sobre-ampliacao-de profissionais-nas-clinicas-de-dialise/. Acesso em: 28 abril 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução - RDC n° 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Disponivel em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5125745/4208567/RDCANVISAn11de13_03_2014boaspraticasdefuncioname ntoparaosservicosdedialise.pdf. Acessado em: 10 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Ùnico de Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em: 28 abril 2021.7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de anemia na doença renal crônica - Alfaepoetina. 2017. Disponivel em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/06/Protocolo-Cl--nico E-Diretrizes-Terap--uticas---DRC---Alfaepoetina.pdf. Acesso em: 28 abril 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução no 672, de 18 de setembro de 2019 - DOU. 2019a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n- 672-de-18-de-setembro-de-2019-218530503. Acesso em: 27 abril 2021

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Em defesa da qualidade dos serviços de diálise no Brasil. 2019b. Disponível em: https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5559&titulo=EM+DEFESA+DA+QUALIDADE+DOS+SERVIÇOS+DE+DIÁLISE +NO+BRASIL. Acesso em: 6 de abril 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução no 672, de 18 de setembro de 2019 - DOU. 2019a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n- 672-de-18-de-setembro-de-2019-218530503. Acesso em: 27 abril 2021.

CASTELINO RL, et al. Prevalence of medication-related problems among patients with renal compromise in an Indian hospital. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2011; 36(4): 481-487

13.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS).

ATS Statement: guidelines for the six-minute walk test. American Journal of Respiratoery and Critical Care Medicina, v. 166, n. 1, p. 11-117, 2002.

BLACK, L. F.; HYATT, R. E. Maximal respiratory pressures: normal values and relationship to age and sex. The American Review of Respiratory Disease, v. 55, n. 5, p. 696-702, May 1969.

CASTANEDA, C.; DORDON, P. L.; UHLIN, K. L.; LEVEY, A. S.; KEHAYIOS, J. J.; FIELDING, R. A.; ROUBENOFF, R.; SINGH, M. F. Resistance training to counteract the catabolism of a low-protein diet in patients with chronic renal insufficiency: a randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine, v. 135, n. 11, p. 965-976, Dec., 2001.

COELHO, D. M.; CASTRO, A. M.; TAVARES, H. A.; ABREU, P. C. B.; GLORIA, R. R.; DUARTE, M. H.; OLIVEIRA, M. R. Efeitos de um programa de exercícios físicos no condicionamento de pacientes em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 28, n. 3, p. 121-127, set. 2006.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2006

HEADLEY, S.; GERMAIN, M.; MAILLOUX, P.; MULHERN, J.; ASHWORTH, H. B.; BURREIS, J.; BREWER, B.; NINDL, B. B.; COUGHLIN, J. M.; WELLWS, R.; JONES, M.

Resistance training improves strength and functional measures in patients with end- stage renal disease. American Journal of Kidney Disease, v. 40, n. 2, p. 355-364, Aug. 2002.

HRUSKA, K. A ; TEITELBAUM, S. .L. Renal osteodystrophy. The New England Journal of Medicine, v. 333, n. 3, p.166-174, 1995.

KONSTANTINIDOU, E.; KOUKOUVOU, G.; KOUIDI, E.; DILIGIANNIS, A.; TOURKANTONIS, A. Exercise training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. Journal of Rehabilitation Medicine, v. 34, N. 1, P. 40-45, Jan. 2002.

MARK, M. K.; PANG, M. Y. Balance confidence and functional mobility are independently associated with falls in people with Parkinson's disease. Journal of Neurology, v. 256, n. 5, p. 40-45, May 2009.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KACH, V. L. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MOREIRA, P. R.; BARROS, E. Atualização em fisiologia e fisiopatologia renal: bases fisiopatológicas da miopatia na insuficiência renal crônica. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 22, n. 1, p. 34-38, 2000.

PARMAR, M. S. Chronic renal disease. British Medical Journal, v. 325, n. 355, p. 85- 90, July 2002.

PERES, C. P. A.; DELFINO, D. A.; PERES, L.A.B.; KOVELIS, D.; BRUNETTO, A. F. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 31, n. 2, p. 105-113, 2009.

QUINTANILLA, A. O.; SAHGAL, V. Uremic myopathy. International Journal of Artificial Organs. v. 7, n. 5, p. 239-242, 1984.

SARNAK, M. J; JABER, B. L. Pulmonary infectious mortality among patients with end- stage renal disease. Chest, v. 120, n. 6, p. 1883-1886, Dec. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes para testes de função pulmonar. Jornal de Pneumologia, v. 28, supl. 3., out. 2002.

SOARES, A.; ZEHETMEYER, M.; ROBUSKE, M. Atuação da fisioterapia durante a hemodiálise visando a qualidade de vida do paciente renal crônico. Revista de Saúde da UCPEL, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 1-23, jan./jun. 2007

SOUZA. A.; NERY, C. A. S.; MARCIANO, L. H. S. C.; GARBINO, J. A. Avaliação da neuropatia periférica: correlação entre a sensibilidade cutânea dos pés, achados clínicos e eletromiográficos. Acta fisiátrica, v. 12, n. 3 p. 87-93, 2005.

VIOLAN, M. A. Exercise capacity in hemodialysis and renal transplant patients. Transplantation Proceedings. v. 34, n. 1, p. 417-418, Feb. 2002.

13.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSISTÊNCIA FONAUDIOLÓGICA

DEDIVITIS, R.A.; SANTORO, P.P.; ARAKAWA-SUGUENO,L. (Org.) Manual prático de disfagia - diagnóstico e. tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.

FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba, Pró-fono, 1999 https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1249000

Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(3):199- 205. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007.

OMS: Organização Mundial de Saúde. CIF: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1. ed. São Paulo: Edusp; 2015.

13.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INTERSETORIALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE COMO ESTRATÉGIAS PARA HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

GALVAN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007.

BRASIL. Lei No 10.741, de 1o de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/pdf/estatuto.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2009.

BRASIL. Lei No 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 18 nov. 2009

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC No 154, de 15 de junho de 2004. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/Legis/index.htm>. Acesso em: 30 mar. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de trabalho de humanização. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2008d.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

GALVAN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007.

ANEXO A- PRONTUÁRIO

Setor: Hemodiálise Identificação:

Nome:_____

Data Início Do Tratamento:_____/_____/_____

Dados Sócio-Demográficos, Dados Pessoais, Sintomas, Sinais, Testes E ExamesEspecíficos:

Problemas Ativos E Inativos Do Paciente:
Conduta:

ANEXO B- PRONTUÁRIO TRANSDICIPLINAR

Prontuário Transdisciplinar Histórico De Acompanhamento Psicológico

Como foi descoberto o diagnóstico? Há quanto tempo? como foi passado o diagnóstico: abrupto/ gradual informação sobre a doença (boa, regular, ruim, sem dados) informação sobre o tratamento (boa, regular, ruim sem dados)

Experiência Com Procedimento Hospitalar

Sequelas emocionais; internação anterior ;tratamento anterior; cirurgia anterior e exames invasivos

Postura

Como o paciente se descreveria antes da doença relato de um dia antes de adoecer

Como o paciente se descreve atualmente

Mudança Mais Marcante

Estado Atual Frente À Doença

Atribui A Doença A Algum Fato De Sua Vida

Sócio Familiar

Relacionamento Com A Família Antes Da Doença

Relacionamento Familiar Após A Doença

Fatos Marcantes Na Vida E/Ou Família Antes Ou Depois Da Doença Doença Na Família

( ) Separação ( ) Morte
( ) Desemprego
( ) Mudança De Casa ( ) Nascimentos
( ) Hospitalização
( ) Acidentes Domésticos ( ) Acidentes De Trânsito ( ) Viagens
( ) Mudança De Emprego ( ) Brigas Familiares
( ) Dificuldades Econômicas ( ) Outros

Acontecimento Na Vida Do Paciente Que Causou Mais Tristeza: Acontecimento Na Vida Do PacienteQue Causou Mais Alegria:

Psíquico

( ) Pânico
( ) Despessoalização ( ) Esperança
( ) Ambiguidade
( ) Estresse Psicorgânico ( ) Agitação Psicorgânica ( ) Agitação Psicomotora

( ) Agressividade
( ) Conflitos Com Sexualidade ( ) Medo Real
( ) Medo Fantasmático
( ) Sensação De Abandono ( ) Sensação De Punição
( ) Fracasso
( ) Regressão

( ) Dependência ( ) Conformismo

( ) Projeção Isolamento ( ) Desamparo

Conflitos Quanto À Privacidade

( ) Privação De Liberdade ( ) Perda De Autonomia

Esquema Corporal Modificado

( ) Culpa

( ) Negação ( ) Raiva

( ) Hostilidade ( ) Fantasias

( ) Fantasias Mórbidas ( ) Frustração

( ) Impotência

( ) Insegurança

( ) Autoconhecimento ( ) Ansiedade

( ) Relação Com A Doença ( ) Auto-Estima

( ) Depressão

( ) Estrutura Emocional Básica

Obs:_____

Senso De Percepção (Coerência Entre S-R)

( ) Normal

( ) Ilusão (Miragem) ( ) Alucinação Visual

( ) Alucinação Auditiva ( ) Alucinação Olfativa

( ) Alucinação Gustativa

( ) Alucinação Tácil

Pensamento

( ) Normal

( ) Alteração Da Forma ( ) Alteração Do Curso

( ) Alteração Do Conteúdo

Linguagem

( ) Normal

( ) Dislalia

( ) Afasia

( ) Ecolalia

( ) Consciência Do Eu

Afetividade/Humor

( ) Normal

( ) Depressão Maior

( ) Depressão Reativa ( ) Ambivalência

( ) Mania Leve

( ) Mania Moderada

( ) Mania Aumentada ( ) Angústia

( ) Ansiedade

Motivação

( ) Normal

( ) Deseja E Não Operacionaliza

ANEXO C- ENTRVISTA FAMILIAR

1. Questões sobre as preocupações

•O que o inquieta mais no estado de saúde de x?

•Qual a maior dificuldade com que se confronta, na família, por causa da doença?

•Qual a sua experiência no que diz respeito aos problemas de saúde?

2. Questões sobre as crenças associadas à doença:

•Como explica a doença de x ?

•Em sua opinião qual é a causa da doença? Qual o seu prognóstico?

•Qual a melhor maneira de lidar com a doença, na sua opinião?

•Em sua opinião como é que o doente/a família podem influenciar a evolução da doença?

•Há visões diferentes, entre os membros da família, na forma como vêem a doença e o seu tratamento? Se sim, quais são? Tornam-se conflituosas?

3. Questões sobre a flexibilidade das regras:

•Quais as maiores mudanças na família após o início da doença?

•Houve papéis que mudaram por causa da doença? Quais? Quem pensa que vai assumir o papel de principal cuidador?

•Quem é que na família ficou mais afetado? Como é que isso se vê? Qual a maneira de a família exprimir o seu sofrimento e frustração?

•Quem é que na família tem mais dificuldade em se adaptar às mudanças causadas pela doença? Como explica isso?

4. Questões sobre os padrões de comunicação.

5. Questões sobre a eficácia de recursos.

•Quem é que mais ajuda a família a lidar com a doença? Daquilo que já fez, o que mais ajudou?

•A quem pediu ajuda fora do círculo familiar? Recebeu a ajuda que necessitava?

6. Questões sobre as relações com os profissionais de saúde:

•Como obtém informações para lidar com a doença?

•Qual o melhor conselho que recebeu? E o pior?

•Qual a diferença de papéis entre os profissionais de saúde e os membros da família?

•Os profissionais de saúde respondem às suas expectativas? De que modo?

ANEXO D - ANAMNESE ALIMENTAR – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Identificação
Nome:_____
Est.Civil:_____Profissão:_____
Data de nascimento:____/____/____Idade:_____Data atendimento:_____/_____/_____
Data de início em diálise:____/_____/_____
Tipo de diálise:_____

História Social
Nº de pessoas residentes na casa:_____
Gasto mensal com alimentação:_____
Responsável pelo preparo das refeições:_____
Tipo de residência: ( ) própria ( ) alugada Material: ( ) madeira ( ) alvenaria
Tabagismo:_____Etilismo:_____Drogas:_____

História Clínica Antecedentes
patológicos:_____
Patologias:_____
Cirurgias:_____

Hábitos Gerais
Alergia alimentar:_____
Intolerância alimentar:_____
Tabu:_____
Aversão:_____
Ingesta Hídrica:_____
Temperos utilizados nas preparações:_____
Tipo de preparações:_____
Horário de maior apetite:_____
Come fora de casa? Freqüência? Local:
_____
_____
_____

Freqüência de consumo alimentar

Alimento	Diário	Semanal	Mensal	Raramente	Nunca
Pão/massa					
Arroz					
Feijão					
Carne					
Frutas					
Verduras					
Legumes					
Leite/derivados					
Doces					

Obs._____

Dieta Habitual

Horário	Alimentos	Quantidades

Atividade Física
Qual?_____Frequência?_____Tempo?_____

Exame Físico:

Local	Sinais clínicos	Carências
Pele:		
Face:		
Cabelos:		
Olhos:		
Lábios:		
Língua:		
Gengiva:		
Unhas:		
Tecido subcutâneo:		
Edema:		
Outros		

TGI:

Esôfago: _____

Estomago:_____

Intestino:_____

Avaliação Antropométrica

Parâmetro	Valores	Interpretação
Peso hab.		
Peso atual		
Peso ideal		
Estatura		
IMC		
CB		
PCT		
PCB		

PCSI		

PCSE		
Cintura		
Quadril		
C/Q		
% gordura		
M. gorda		
M. magra		

Diagnóstico nutricional:_____

Orientações:_____

Materiais fornecidos:_____

Além do paciente, algum familiar foi orientado?

_____

_____

Nutricionista:_____

ANEXO E- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADEALFAEPOETINA

Eu,_____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitosadversos relacionados ao uso de **alfaepoetina,** indicada para o tratamento de **anemia na insuficiênciarenal crônica**.
Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico

_____
(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazeras seguintes melhoras:

- correção da anemia e consequente redução da necessidade de transfusões;

- melhora dos sintomas e da qualidade de vida;
- redução do número de hospitalizações;
- melhora da capacidade cognitiva e do desempenho físico.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguinte contraindicações, potenciaisefeitosadversos e riscos do uso deste medicamento:

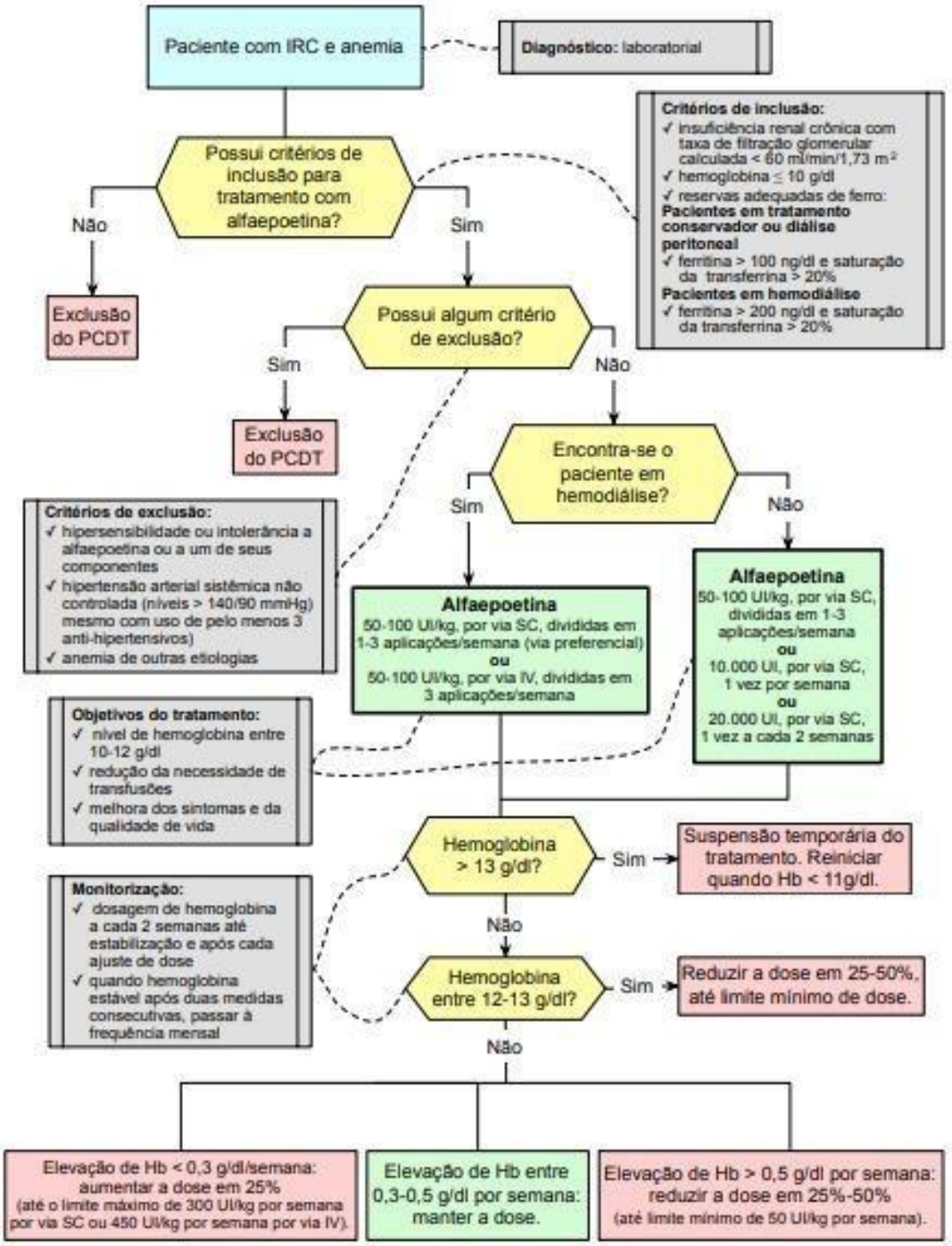
- os riscos do medicamento ainda não são bem conhecidos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos mais comumente relatados – tonturas, sonolência, febre, dor de cabeça, dor nas juntas e nos músculos, fraqueza e aumento da pressão arterial. Também podem ocorrer problemas graves no coração, como infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (derrame), além da formação de trombos. Ausência da produção de células vermelhas do sangue foi relatada raramente após meses a anos de tratamento com alfaepoetina;
- reações no local da injeção, como queimação e dor, podem ocorrer, mas mais frequentementeem pacientes que receberam o medicamento por via subcutânea do que por via intravenosa;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao medicamento ou a um de seuscomponentes e em caso de pressão alta não controlada.
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo- me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também quecontinuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.
Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

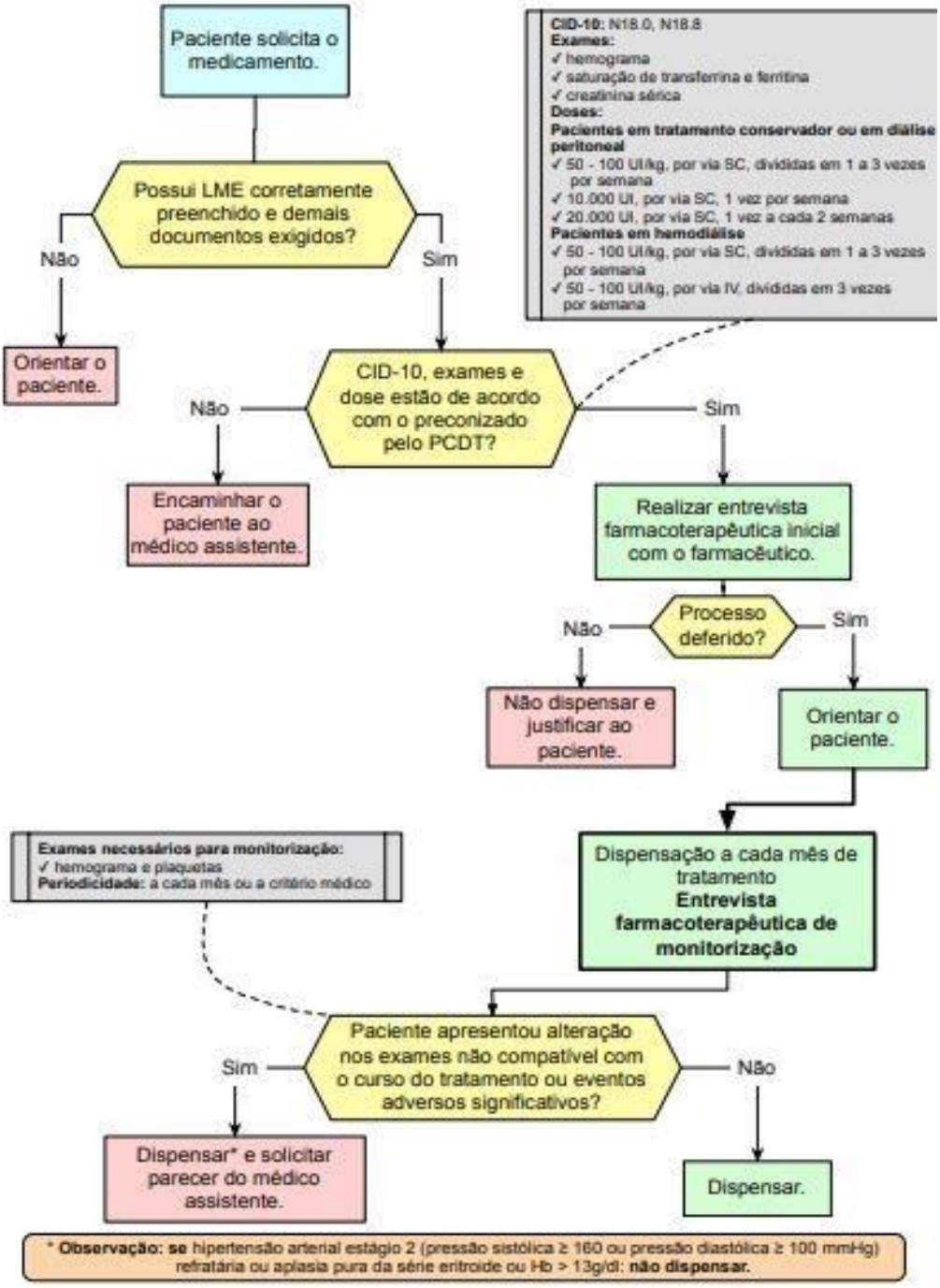
Local: Data:		
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do ComponenteEspecializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

ANEXO F- FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO ANEMIA EM PACIENTES COMINSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.



ANEXO G- FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE ALFAEPOETINA ANEMIA EM PACIENTES


Paciente solicita o medicamento.
Possui LME corretamente preenchido e demais documentos exigidos?
Não
Sim
Orientar o paciente.
CID-10: N18.0, N18.8
Exames:
✓ hemograma
✓ saturação de transferrina e ferritina
✓ creatinina sérica
Doses:
Pacientes em tratamento conservador ou em diálise peritoneal
✓ 50 - 100 UI/kg, por via SC, divididas em 1 a 3 vezes por semana
✓ 10.000 UI, por via SC, 1 vez por semana
✓ 20.000 UI, por via SC, 1 vez a cada 2 semanas
Pacientes em hemodiálise
✓ 50 - 100 UI/kg, por via SC, divididas em 1 a 3 vezes por semana
✓ 50 - 100 UI/kg, por via IV, divididas em 3 vezes por semana
CID-10, exames e dose estão de acordo com o preconizado pelo PCDT?
Não
Sim
Encaminhar o paciente ao médico assistente.
Realizar entrevista farmacoterapêutica inicial com o farmacêutico.
Processo deferido?
Não
Sim
Não dispensar e justificar ao paciente.
Orientar o paciente.
Exames necessários para monitorização:
✓ hemograma e plaquetas
Periodicidade: a cada mês ou a critério médico
Dispensação a cada mês de tratamento
Entrevista farmacoterapêutica de monitorização
Paciente apresentou alteração nos exames não compatível com o curso do tratamento ou eventos adversos significativos?
Sim
Não
Dispensar* e solicitar parecer do médico assistente.
Dispensar.
* Observação: se hipertensão arterial estágio 2 (pressão sistólica ≥ 160 ou pressão diastólica ≥ 100 mmHg) refratária ou aplasia pura da série eritroide ou Hb > 13g/dl: não dispensar.

ANEXO H- FICHA FARMACOTERAPÊUTICA ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ALFAEPOETINA E SACARATO DE HIDRÓXIDO DE FERRO III

DADOS DO PACIENTE
Nome:_____
Cartão Nacional de Saúde:_____RG:_____
Nome do cuidador:_____
Cartão Nacional de Saúde: _____RG:_____
Sexo: ( ) Masculino ( )Feminino DN:___/___/___Idade:_____Peso:_____Altura:_____
Endereço:_____Telefones:_____
Médico assistente:_____CRM:_____Telefones: _____

AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA
Possui anemia com nível de hemoglobina ≤ 10 g/dl?
( ) não - Não dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente
( ) sim - Indicar o valor da hemoglobina antes do início do tratamento:

É portador de doença renal crônica?
( ) não -Não dispensar (outras causas de anemia não são tratadas neste PCDT)
( ) sim -Qual o estágio?

Apresenta estoques de ferro adequados? (ferritina sérica > 100 ng/dl e saturação da transferrina > 20% em pacientes em tratamento conservador ou diálise peritoneal e ferritina sérica > 200 ng/dl e saturação da transferrina > 20% em pacientes em hemodiálise)
( ) não -Passar para a próxima pergunta
( ) sim -Passar para a pergunta 2.5

Possui prescrição de suplementação de ferro?
( ) não -Encaminhar o paciente ao médico assistente
( ) sim

Possui outras doenças diagnosticadas?
( ) não
( ) sim- Quais?
_____

(para pacientes hipertensos, estão recomendados monitorização rigorosa da pressão arterial e acompanhamento cardiológico)

Faz uso de outros medicamentos? ( ) não ( ) sim Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				não sim

ANEXO I– GUIA DE ORIENTAÇÃO RECEBIMENTO GRATUITO DE MEDICAÇÃO PELO SUS REFERENTE A ANEMIA NA INSUFIENCIA RENAL CRÔNICA

1. DOENÇA

- A anemia ocorre quando há menos células vermelhas no sangue do que o normal. Em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), é uma importante complicação. A anemia leva a uma piora da qualidade de vida, devendo ser acompanhada de forma cuidadosa.
- A anemia pode ser causada pela deficiência de eritropoetina, substância responsável pelo estímulo da produção das células vermelhas do sangue. Outras causas incluem diálise inadequada, infecções, inflamações, tumores.

2. MEDICAMENTO

- Este medicamento melhora os sintomas da doença com a correção da anemia, reduz a necessidade de transfusões, as complicações e o número de hospitalizações, além de melhorar o desempenho físicoe a qualidade de vida.

3. GUARDA DO MEDICAMENTO

- O medicamento deve ser guardado na geladeira, mas não deve ser congelado.

4. ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- O medicamento deverá ser administrado por injeção subcutânea ou intravenosa, em ambiente hospitalar ou em clínica de diálise.
- Se for utilizar o medicamento em casa, procure saber com clareza todos os passos para sua aplicação com o médico ou profissional de enfermagem, bem como a forma de preparo. Não prepare ou injete o medicamento até que esteja bem treinado.
- Procure orientações com o farmacêutico sobre como descartar de forma

adequada as seringas e agulhas após o uso.

- Procure aplicar sempre no mesmo horário estabelecido no início do tratamento.
- Aplique exatamente a dose que o médico indicou.

5. REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como reações no local da injeção (como queimação e dor), tontura, sonolência, febre,dor de cabeça, dor nas juntas, dor nos músculos e fraqueza.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com o médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade,documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.
-

6. USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissionalde saúde.

7. PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:

– Receita médica atual

– Cartão Nacional de Saúde ou RG Exames: hemograma e plaquetas a cada mês

8. EM CASO DE DÚVIDA

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualqueratitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico do SUS.

9. OUTRAS INFORMAÇÕES

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIAATÉ SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.
SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.

ANEXO J- ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA NO PACIENTE ADULTO EM HEMODIÁLISE

Nome:_____
Data de Nascimento:___/___/_____Idade:_____Sexo:_____
Endereço:_____
Telefone:_____
Escolaridade:_____
Profissão:_____
Queixa:_____
_____

SAÚDE GERAL

Doenças:_____
Quando iniciou a diálise_____Motivo:_____
_____
Alergias:_____
Uso de medicação (Quais/Motivo):_____
_____
Etilismo:_____
Tabagismo (Tempo, frequência e quantidade):_____
_____
Distúrbios: ( ) respiratório ( ) gástrico ( ) metabólico ( ) ortodôntico ( ) hormonal ( ) pulmonar ( ) auditivo.
Quais?_____
Sono ( ) agitado ( ) tranquilo ( ) ronca ( ) enurese noturna
Alimentação atual:_____
Preferência por consistência alimentar (Qual)?_____
_____

HÁBITOS DELETÉRIOS

( )Onicofagia
( )Sucção digital e/ou labial, lingual
( )Bruxismo
( )Apertamento dentário
( ) Morder mucosa e/ou objetos
Outros: _____

LINGUAGEM/FALA

Dificuldade para se comunicar? _____
Tem dificuldade de compreensão? _____

As pessoas pedem que você repita o que disse? _____
Inteligibilidade prejudicada? _____

Salivação excessiva? _____
Outras queixas: _____

AUDIÇÃO

Hipoacusia?_____
Otite?_____
Zumbido?_____
Tontura/ vertigem? _____
Avaliação audiológica? _____

VOZ

Ambiente de trabalho (vestimenta/ climatização):_____
_____
Rouquidão (Frequência):_____
Cansaço ao falar (Frequência e em quais momentos):_____
_____
Pigarro constante (Em quais momentos):_____
_____
Dor, ardor ao falar? _____
Afonia?_____
Abuso vocal: ( ) grita ( ) esforço vocal
Tensão cervical ao final do dia (Frequência):_____
Hidratação do trato Vocal (Frequência e quantidade):_____
_____

DISFAGIA

Quadro respiratório:_____
Via Alimentar:_____
Dificuldades alimentares (Quais tipos de consistência):_____
_____
Presença de tosses e/ou engasgos durante a alimentação?
_____
Dor ao deglutir (Frequência/ quais momentos):_____
_____
Sensação de alimento parado?_____
Dores na ATM (Frequência/ quais momentos):_____
Dificuldade de mastigação (identificar possíveis causas):_____
_____
Sensação de cansaço ou dispneia ao se alimentar?_____
_____
Diminuição da quantidade de alimento (a partir de quando):_____
_____

Emagrecimento?_____ Resíduos

após a deglutição?_____

ANEXO K- SINAIS DA DISFAGIA

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

24 set 2024 15:06:58 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:26:41 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:26:49 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 7575aaf3f47e...5ee69efcb373b14dce1f9e23124ca40fd002
https://valida.ae/ab2bdbf13...44bd15929ba7c38a831d1fe

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

1. Objetivo

Orientar equipe quanto a consolidação de dados que compreendem o estoque (saldo e consumo) a fim de gerenciar o tempo de cobertura em sua unidade e subsidiar a necessidade de aquisição, em modelo padronizado a ser encaminhado ao setor de compras. A planilha visa controlar estoque, solicitar compras, acompanhar pendências de compras e necessidade de planos de contingência.

2. Aplicação

Todas as Unidades BHCL.

3. Descrição

3.1 – O farmacêutico deverá criar planilha respeitando o modelo preconizado na instituição, conforme anexo, e incluir os itens padronizados com referido código identificador (ID) no sistema de operacionalização de entradas e saídas do estoque.

3.2. - No momento que estiver construindo a planilha, o farmacêutico deverá classificar o item imputado em qual rubrica é pertencente na coluna “Rubrica” e, na coluna “família”, incluir qual classificação permita melhor agrupamento para análise, por exemplo: antimicrobianos, portaria 344, sondas, seringas e outros.

3.3 – O farmacêutico deverá incluir todos os itens que possui saldo de estoque para que gerencie constantemente a pertinência de manter o item como padrão, sinalizando na coluna “padrão” com sim ou não.

Nota: para reforço visual, pinte a descrição do item de rosa, para que evite solicitação de compras do mesmo.

3.4 – O farmacêutico deve incluir a unidade de medida (UM) de dispensação do item na coluna unidade de medida, assim, para que as informações de histórico de consumo, saldo e outras consigam ser adequadamente compreendidas por qualquer pessoa que visualizar a planilha.

3.5 – O farmacêutico deverá gerar relatório de saldo/posição de estoque no sistema de informações de sua unidade. Deve conter no mínimo as seguintes informações: ID, descrição, UM, quantidade, custo médio e custo total do item em estoque.

MODELO

3.6 - Caso haja um padrão mínimo de saldo de estoque para o item, por exemplo: alteplase 6 frascos, o farmacêutico deverá colocar este quantitativo na coluna “Padrão mínimo”.

3.7- O farmacêutico deverá criar fórmula que some o saldo de estoque no relatório emitido pelo sistema.

3.8 – O farmacêutico deverá gerar relatório no sistema que informe o consumo mensal do item. Deve conter no mínimo as seguintes informações: Local de estoque dispensador, ID, descrição, UM, quantidade, tipo de operação (baixa para paciente, baixa para centro de custo, perda por avaria, perda por vencimento, saída por empréstimo, saída por inventário), centro de custo destino, custo médio e custo total da dispensação.

Nota 1: Caso relatório analítico, incluir informação data da movimentação.

Nota 2: Caso o sistema gere a informação de consumo com quantidade negativa, será necessário adequar o quantitativo consumido para número absoluto.

3.9 – O farmacêutico deverá criar uma coluna para cada mês, construindo um histórico de consumo dos itens. Se possível, deixar o máximo de meses possíveis para facilitar futuras análise e comparativos de consumo.

3.10 – O Farmacêutico deverá criar coluna “CONSUMO MÉDIO MENSAL (Mês anterior)”, assim calcula a média de consumo por mês, conforme o histórico dos meses anteriores.

Nota 3: Geralmente será o último bi ou trimestre espelham melhor o comportamento de atendimento da unidade, porém é importante confortar com número de atendimento e tendência de atendimento do local.

3.11 - O Farmacêutico deverá criar coluna CONSUMO MÉDIO DIA (Mês anterior), assim, irá determinar o consumo médio dia e base para calcular necessidade de compras conforme o planejamento previsto, cobertura e autonomia de estoque e outros dados.

3.12 – O farmacêutico deve criar coluna de consumo no mês atual para que seja fonte de informação para cálculo de tendência e o auxilie a detectara aumentos de consumo e necessidade de plano de contingência para mitigar o risco de desabastecimento.

3.13 – O farmacêutico deverá criar coluna Tendência consumo mês atual baseado no consumo médio diário do mês atual.

MODELO

3.14 – Na próxima coluna, o farmacêutico calculará a COBERTURA ATUAL DE ESTOQUE (Mês anterior em dias), assim, conseguirá visualizar quanto tempo seu estoque suporta baseado no histórico de consumo.

3.15 – Além de visualizar em dias, é oportuno que o farmacêutico poderá criar uma coluna de cálculo por data, a Autonomia de estoque até.

Até aqui o farmacêutico encerra a parte de levantamento de informações e deve iniciar a criação dos cálculos para levantamento de necessidade de compras sobre 3 ópticas: padrão mínimo, demanda sobre consumo médio mês e/ou demanda sobre consumo médio mensal, o que auxiliará a ser mais assertivo por avaliar as variações ocorridas. É imprescindível confrontar estes resultados com dados de atendimento do serviço (aumento ou redução) evitando decisões incoerentes a tendência.

3.16 – O farmacêutico deverá criar coluna de cálculo do saldo menos o padrão.

3.17 – O farmacêutico deverá criar coluna da QNT NECESSÁRIO P/ COBERTURA PREVISTA (Média dia mês Anterior).

3.18 – O farmacêutico pode criar nova coluna para o cálculo Com margem de segurança (mês anterior).

3.19 – O farmacêutico deverá criar coluna QUANTIDADE NECESSÁRIO P/ COBERTURA PREVISTA (Média dia mês ATUAL).

3.20 – O farmacêutico deverá criar coluna Com margem de segurança (mês ATUAL).

3.21 – O farmacêutico deverá criar coluna QNT SOLICITADA PELA UNIDADE, onde colocará a quantidade que está solicitando compra.

3.22 – O farmacêutico deve criar coluna com a Data de solicitação na unidade para conferir os *times* de cada fase do processo e subsidiar análise crítica do mesmo.

3.23 - Para orientar o fluxo de aprovação, caso o farmacêutico opte por solicitar uma quantidade diferente dos valores sinalizados nas 3 ópticas de análises, é importante criar uma coluna de Observações pertinentes a decisão de solicitação, justificando o motivo da tomada de decisão, assim, é possível auxiliar o aprovador a concordar ou não com a solicitação realizada.

MODELO

Encerrado a parte de análise e solicitação de compras, o farmacêutico receberá um retorno do aprovador e das quantidades aprovadas. Inicia-se, então, o processo de acompanhamento de chegada dos itens solicitados.

3.24 – Ao receber a confirmação de aprovação de compras o farmacêutico deverá atualizar na coluna Data de Recebimento da Aprovação (Recebimento bionexo).

3.25 – O farmacêutico deverá atualizar a chegada de cada item na coluna Data da Chegada e na próxima coluna a Quantidade recebida.

Este controle deve ser realizado no mínimo 3 vezes por semana, atualizando as chegadas e novas coberturas de estoque, assim como as pendências e necessidade de plano de contingência.

3.26 – Antes de iniciar a análise, o farmacêutico deverá atualizar os relatórios de saldo de estoque (3.7) e de consumo atual (3.11).

3.27 – O farmacêutico deverá filtrar os itens para analisar com maior atenção através da coluna de autonomia até (3.13), verificar se há pendência de recebimento de pedido ou necessidade de plano de contingência, que pode ser permuta de valor entre unidades ou solicitação de compra. Mantendo o mínimo de 10 dias de cobertura de estoque.

Referências

Método e autoria Sândrea Queiroz Gestão Farmacêutica.

MODELO

Histórico de Revisões e Aprovação

Elaboração/Revisão		
Versão 00 – 06/09/23 – Criação do documento.		
Análise		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **21/08/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **06/09/23**	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Diretoria Assistencial	**Data**	**Assinatura/carimbo**
Diretoria Médica	**Data**	**Assinatura/carimbo**

MODELO

1. Objetivo

Orientar a equipe farmacêutica para realizar a auditoria para verificação de conformidade do carro de parada e gerenciamento de validade.

Padronizar medicamentos e materiais médico hospitalares constituintes do carro de emergência.

2. Aplicação

Todas as Unidades BHCL onde houver carro de emergência.

3. Descrição

3.1 – O farmacêutico deverá gerar relatório de saldo de estoque no sistema em: farmácia > estoque atual > selecionar centro de custo > Mostrar itens com estoque zerado? Selecionar sim e clicar em filtrar > Imprimir lista estoque para inventariar > tipo de relatório: com quantidade > selecionar imprimir.

3.2 – O farmacêutico deverá imprimir também um checklist de auditoria de CFT (F.FARM.002), ir até o local onde se encontra o carro de emergência e conferir todo o conteúdo do mesmo, comparando a quantidade de itens físicos no carro com o padrão preconizado, não conformidades devem ser assinaladas ao final do formulário padrão.

Nota 1: Em caso de faltas, o farmacêutico deverá repor e em caso de excessos, retirar.

3.3 – O farmacêutico deverá comparar agora o físico com o saldo de estoque do carro de emergência do sistema, registrando não conformidades ao final do F.FARM.002.

3.4 – O farmacêutico deverá aplicar o checklist junto ao enfermeiro responsável pelo setor do carro, verificando e garantindo o correto armazenamento de todas as reservas técnicas de Mat/Med.

Nota 2: Caso haja reserva técnica no setor, o farmacêutico deverá conferir se quantidades e itens estão dentro do padronizado no setor, assinalando se conforme ou não conforme, F.FARM.003 – Padrão de reserva técnica.

3.5 – Quanto ao gerenciamento de validade, itens com vencimento no mês atual e próximo mês, que não possuírem outra validade para substituição na farmácia/almoxarifado, deverão ser sinalizados com etiqueta redonda TP12 de

vermelha escrevendo MM/AA e colando no produto. Para itens com validade próxima daqui a 3 e 4 meses, deverá ser sinalizado da mesma forma em TP12 amarela.

3.6 – Ao final da auditoria o farmacêutico deverá dar ciência ao enfermeiro de plantão das não conformidades e ambos assinarem o cronograma de auditoria de carro de emergência.

3.7 – O farmacêutico deverá encaminhar por e-mail relatório da auditoria ao coordenador administrativo com cópia para gestor de farmácia, onde o coordenador deverá tratar as não conformidades junto a sua equipe, encaminhando devolutiva da tratativa em até 10 dias úteis.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização do material de emergência nos serviços de unidades de saúde. Orientação da direção geral de saúde, n. 8, p. 1-11, Brasília, 2011

OLIVEIRA, E. L. Recomendações para o controle e reposição dos medicamentos e materiais de emergência para um Centro de Saúde do Sul do Brasil. Florianópolis, 2014.

Histórico de Revisões e Aprovação

Elaboração/Revisão		
Versão 00 – 06/09/23 – Criação do documento.		
Análise		
Farmacêuticos	**Data** **21/08/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **06/09/23**	**Assinatura/carimbo**

	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
Diretoria Assistencial	**Data**	**Assinatura/carimbo**
Diretoria Médica	**Data**	**Assinatura/carimbo**

1. Objetivo

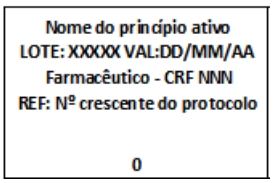
Descrever procedimento de fracionamento de medicamentos sólidos (comprimidos, cápsulas e drágeas).

2. Aplicação

Todas as Unidades BHCL.

3. Descrição

3.1 – O colaborador da farmácia deverá gerar a etiqueta do medicamento a ser fracionado em documento padrão em *excel*, alterando as informações da etiqueta de número 0 conforme padrão abaixo:



Nota 1: No caso de capsulas, que serão retiradas de sua embalagem originale considerando a recomendação da RDC 67/2007 da ANVISA, deve-se recalcular a validade para apenas 25% da data de expiração original.

Exemplo: validade original:30/10/2024.

Trasnformar isso em dias, ou seja 360 dias.

360 x 25= 9.000

9.000/100= 90 dias

Data de hoje (30/10/2023) + 90 dias= 30/01/2024, e essa será a nova validade.

3.2 – O colaborador da farmácia deverá criar o número de etiquetas equivalente ao número de etiquetas fracionadas, assim, o excel gerará a respectiva rastreabilidade.

Nota 2: Todo e qualquer processo de fracionamento deverá ser realizado apenas com um medicamento e código de Referência por vez, evitando erros.

3.3 - O colaborador farmácia deverá higienizar as mãos e realizar a desinfecção da bandeja a ser utilizada também com álcool 70%.

Nota 3: Para fracionamento de cápsulas, o colaborador deverá realizar paramentar-se com luva estéril, gorro, máscara e touca, antes de iniciar a manipulação das mesmas. Bem como colocar compressa estéril sob a bandeja.

3.4 - O colaborador do CAF deverá recortar o blister, comprimido a comprimido, sem retirar os medicamentos do invólucro de sua embalagem original, atentando-se a preservar a integridade de todo ambiente do comprimido, segregando os comprimidos já recortadas na bandeja.

3.5 - O colaborador do CAF irá colocar os comprimidos em cada espaço da bobina serrilhada, retirando a fita de cola e virando a aba, já selando o medicamento comprimido a comprimido.

Nota 4: Para fracionamento de cápsulas, realizar procedimento de fracionamento na seladora, reduzindo permitir que o medicamento fique absorvendo umidade e alterando sua estabilidade até ser utilizado.

3.6 - O colaborador da farmácia deverá realizar higienização da bandeja com gaze umedecida com álcool 70% e realizar higienização das mãos.

3.7 – Ao término da atividade, o colaborador de farmácia deve registrar os medicamentos unitarizados em livro de fracionamento de comprimidos, contendo informações abaixo:

LIVRO DE PROTOCOLO DE UNITARIZAÇÃO DE COMPRIMIDOS - Farmácia UNIDADE						
Data do fracionamento	Referência	Etiqueta de rastreabilidade	Quantidade fracionada	Colar parte da caixa contendo nome do medicamento e lote e validade	Assinatura do responsável pelo fracionamento	Assinatura do Farmacêutico

Nota 5: A etiqueta de rastreabilidade a ser colada é a etiqueta número 0.

Nota 6: Para caixas de medicamentos que já tiveram uma quantidade unitarizada, o colaborador deverá atentar-se e verificar no livro o número da última etiqueta e colocar o número da mesma no lugar da etiqueta 0, dando sequência as demais já geradas e evitando duplicidade.

3.8 – Ao término do processo, deve-se realizar dupla checagem com o farmacêutico entre o medicamento unitarizado, etiquetas e protocolo, quando o farmacêutico também assinará o protocolo.

3.9 - O colaborador da farmácia irá etiquetar comprimido a comprimido, do lado contrário ao lado de impressão industrializada das informações do medicamento, o que facilitará eventuais duplas checagens. Selar os medicamentos unitarizados em “bags” com identificação de medicamento, quantidade e validade e armazenar na CAF, respeitando a política de PVPS – Primeiro que vence é o primeiro que sai.

Referências

RDC 67/2007 – Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias.

Guia de boas práticas - Serviços Farmacêuticos Hospitalares. Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). Brasília, maio de 2020.

Histórico de Revisões e Aprovação

Elaboração/Revisão		
Versão 00 – 06/09/23 – Criação do documento.		
Análise		
Farmacêuticos	**Data** **21/08/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **06/09/23**	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Diretoria Assistencial	**Data** **10/10/23**	**Assinatura/carimbo**
Diretoria Médica	**Data** **10/10/23**	**Assinatura/carimbo**

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para a organização eficaz de bins (caixas, prateleiras ou locais de armazenamento) e o sistema de endereçamento de materiais e medicamentos em uma farmácia hospitalar. A organização adequada é fundamental para garantir o acesso rápido, a segurança e a precisão no gerenciamento de estoque.

2. Aplicação

Todas as Unidades BHCL.

3. Descrição

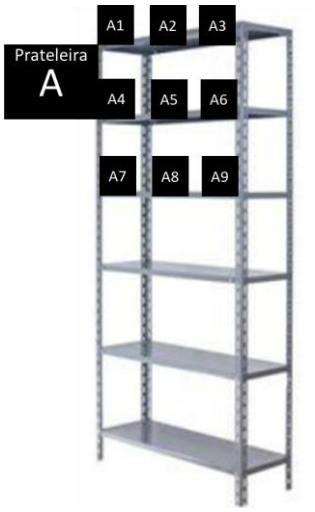
3.1. O farmacêutico deverá antes de iniciar o processo de organização, avaliar o espaço disponível na farmácia hospitalar e certificar que há espaço suficiente para todos os bins necessários, criando um layout que permita fácil acesso.

3.2. O farmacêutico deverá prezar por uma predisposição lógica e intuitiva dos materiais e medicamentos (A-Z, segregações por apresentação farmacêutica/via de administração dentre outros). Itens frequentemente utilizados devem estar em locais de fácil acesso.

3.3. O farmacêutico deverá divulgar a lógica de dispensação que obrigatoriamente deve ser da esquerda para direita, colocando seta no início do prateleira (→) , assim pratica-se a toda guarda e dispensação a atualização da saída PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai).

3.4. O farmacêutico deve listar um sistema de endereçamento lógico para os bins, seja excel ou no sistema de gestão de destoque da unidade. Isso pode

incluir o uso de letras e números para identificar prateleiras, corredores e posições de bins. Por exemplo:



- A1, A2, A3, ... para prateleiras
- Corredor 1, Corredor 2, ... para corredores
- 1A, 1B, 1C, ... para as posições dos bins em uma prateleira

3.5. O farmacêutico deverá criar etiquetas de identificação em cada bin de acordo com o sistema de endereçamento estabelecido. Certifique-se de que as etiquetas sejam legíveis e resistentes. Seguir modelo abaixo:

Logo da instituição e da BHCL
Princípio ativo do medicamento ou Nome do material com especificações de tamanho
Código no sistema

3.6. O farmacêutico deve realizar verificações regulares do estoque para garantir que os itens estejam no local correto e que as etiquetas de identificação estejam legíveis, promovendo cultura de organização e divulgando oportunidades de melhoria nesse quesito junto a sua equipe.

3.7. O farmacêutico deve certificar-se que a equipe da farmácia esteja devidamente treinada e familiarizada com o sistema de endereçamento e

organização de bins. Eles devem saber como encontrar e reposicionar itens de forma eficiente.

3.8. À medida que novos materiais e medicamentos são adicionados ou retirados, o farmacêutico deverá fazer as atualizações necessárias no sistema e nas etiquetas e comunicar as devidas alterações a toda a equipe.

Referências

RDC 44/2009 - Esta Resolução da Diretoria Colegiada estabelece diretrizes específicas para o funcionamento de farmácias hospitalares. Ela aborda questões relacionadas à organização, controle de estoque e dispensação de medicamentos em ambiente hospitalar.

RDC 20/2011 - Trata dos requisitos para o controle sanitário do funcionamento dos serviços que executam atividades relacionadas ao ciclo de vida dos medicamentos.

RDC 67/2007 - Dispõe sobre boas práticas de manipulação de medicamentos em farmácias.

RDC 360/2020 - Estabelece requisitos específicos para o controle sanitário de produtos e estabelecimentos que realizam atividades relacionadas ao ciclo produtivo dos medicamentos.

RDC 304/2019 - Regula o controle de estoque de medicamentos controlados, produtos antimicrobianos e substâncias psicotrópicas em farmácias e drogarias.

Histórico de Revisões e Aprovação

Elaboração/Revisão		
Versão 00 – 03/10/23 – Criação do documento.		
Análise		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **03/10/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Gerente farmacêutica corporativa	**Data** **03/10/23**	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Diretoria Assistencial	**Data**	**Assinatura/carimbo**
Diretoria Médica	**Data**	**Assinatura/carimbo**

1 – OBJETIVO

Auxiliar na racionalização do uso de antimicrobianos no Hospital.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Formulário - Controle de antimicrobiano de uso restrito

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia

4 –DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Técnico / Auxiliar de Almoxarifado deve:

1º Passo: Conferir se todos os campos do formulário estão preenchidos;

2º Passo: Encaminhar formulário ao farmacêutico.

3º Passo: Na ausência do farmacêutico, preencher todos os campos da ficha de controle de antimicrobiano deuso restrito;

O Farmacêutico deve:

1º Passo: Checar se a ficha de controle de antimicrobiano de uso restrito está preenchida corretamente;

2º Passo: Verificar na prescrição médica se o antimicrobiano está prescrito em conformidade com o descritono formulário de solicitação de antimicrobiano de uso restrito;

3º Passo: Havendo necessidade, entrar em contato com o prescritor e/ou com o SCIH;

4º Passo: Entregar formulário ao auxiliar administrativo do SCIH;

5º Passo: Diariamente checar a ficha de controle de antimicrobiano de uso restrito e sinalizar ao prescritore/ou enfermeiro com antecedência mínima de um dia sobre o vencimento do prazo de uso do

CÓPIA CONTROLADA

para que seja providenciada nova ficha, caso necessário estender o tratamento. Informar através de

comunicação interna em duas vias, protocolando entrega na primeira para posterior arquivo na farmácia.

6º Passo: Caso esteja prescrito antimicrobiano de uso restrito, mas não haja ficha de solicitação, enviar comunicação interna ao enfermeiro da unidade na qual o paciente está internado sinalizando necessidade do preenchimento do formulário de solicitação.

5.3 – Resultados Esperados: restringir o uso de antimicrobianos de forma eficaz.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe da Farmácia	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Administrativa	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Uniformizar o atendimento de medicamentos multidose.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Técnico / Auxiliar de Farmácia deve:

No caso de medicamento não constante da Portaria 344/98:

1º Passo - Conferir se os medicamentos multidose estão solicitados de acordo com a padronização daunidade ou está contemplado na prescrição médica do paciente.

2º Passo - Verificar se há frasco vazio de todos os medicamentos solicitados quando os mesmos são padronizados na unidade.

3º Passo - Separar o medicamento e/ou material solicitado.

4º Passo - Registrar no sistema informatizado o medicamento e/ou material que está saindo para a Unidade.

5º Passo - Descartar o frasco vazio de multidose na caixa de perfuro-cortante.

6º Passo - Carimbar e arquivar o formulário de solicitação de reposição de medicamento multidose.

No caso de medicamento constante da Portaria 344/98:

1º Passo - Receber solicitação do medicamento.

2º Passo - Checar na prescrição médica da farmácia se o medicamento está prescrito.

CÓPIA CONTROLADA

3º Passo - Atender somente a dose prescrita para o horário em questão (gotas ou ml).

4º Passo - Registrar no sistema informatizado o medicamento que está saindo em nome do paciente.

5º Passo - Realizar cálculo de validade após abertura, sendo o frasco aberto pela primeira vez, e registrar na etiqueta fixada no frasco.

6º Passo - Guardar o medicamento em seu local específico.

5.3 – Resultados Esperados: atender às solicitações de medicamentos multidose de forma eficaz.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe da Farmácia	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Administrativa	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Manter condições climáticas satisfatórias para o armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Formulário - Controle de temperatura e degelo de geladeira; Formulário - Controle de temperatura e umidadedo ambiente.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Técnico de Farmácia / Auxiliar de Farmácia:

Temperatura de geladeira:

1º Passo: Fazer duas leituras diárias do termômetro (manhã e tarde);

2º Passo: Anotar as temperaturas máxima, mínima e atual, observando que o intervalo de temperatura para armazenamento de medicamentos termolábeis é de 2ºC a 8ºC no formulário - Controle de temperatura e degelo de geladeira. Qualquer irregularidade deve ser evidenciada, bem como as providências de correção tomadas, sendo essas imediatas;

3º Passo: Registrar o nome do colaborador que realizou a atividade.

Limpeza/degelo de geladeira:

1º Passo: Quinzenalmente transferir os medicamentos armazenados na geladeira outro refrigerador ou parauma caixa térmica contendo gelo reciclável;

2º Passo: Desligar a geladeira;

3º Passo: Aguardar degelo completo;

CÓPIA CONTROLADA

4º Passo: Realizar higienização da geladeira com compressa embebida em álcool a 70%;

5º Passo: Ligar a geladeira;

6º Passo: Aguardar a temperatura atingir a faixa entre 2ºC e 8ºC.

7º Passo: Recolocar os medicamentos na prateleira central da geladeira;

8º Passo: Registrar o degelo realizado, bem como o colaborador responsável pela atividade o formulário - Controle de temperatura e degelo de geladeira.

Temperatura de ambiente:

1º Passo: Fazer duas leituras diárias do termo higrômetro (manhã e noite);

2º Passo: Anotar as temperaturas máxima, mínima e atual no formulário - Controle de temperatura e umidade do ambiente. O intervalo preconizado é de 15ºC a 25ºC. Qualquer irregularidade deve ser evidenciada, bem como as providências de correção tomadas, sendo essas imediatas;

3º Passo: Registrar o nome do colaborador que realizou a atividade.

Umidade de ambiente:

1º Passo: Fazer duas leituras diárias do termo higrômetro (manhã e noite). Anotar as temperaturas máxima, mínima e atual no formulário - Controle de temperatura e umidade do ambiente. O intervalo preconizado é até 80ºC. Qualquer irregularidade deve ser evidenciada, bem como as providências de correção tomadas, sendo essas imediatas;

2º Passo: Registrar o nome do colaborador que realizou a atividade.

5.3 – Resultados Esperados: controlar a temperatura, degelo e umidade de forma eficaz.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

CÓPIA CONTROLADA

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe da Farmácia	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022

Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Administrativa	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Otimizar a dispensação de mat/med utilizados em procedimentos

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Padronização de kits de procedimentos.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Técnico / auxiliar de farmácia deve:

1º Passo - Verificar o kit a ser montado;

2º Passo - Checar na pasta de padrão de kits os medicamentos e materiais médico-hospitalares necessários;

3º Passo - Colocar em sacola plástica os produtos para montagem do kit;

4º Passo - Confeccionar etiqueta de identificação contendo: o nome do kit, os produtos que o compõe e datade validade do kit, que deverá ser igual à menor data de validade dos produtos que o compõe;

5º Passo - Selar o kit;

6º Passo - Fixar etiqueta de identificação do kit;

7º Passo - Acondicionar o kit em local especificado.

5.3 – Resultados Esperados: montar kits de procedimentos de forma eficaz.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

CÓPIA CONTROLADA

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

5.6 - Referências Bibliográficas: Rotina hospitalar.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe da Farmácia	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022
Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Administrativa	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

1 – OBJETIVO

Garantir correta unitarização dos medicamentos, mantendo sua qualidade.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Livro de registro de unitarização de medicamentos.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia

4 – DEFINIÇOES E SIGLAS

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários: N/A.

5.2 – Descritivo passo a passo:

O Técnico / Auxiliar de Farmácia deve:

1º Passo: Separar para unitarização apenas um produto de mesmo lote por vez;

2º Passo: Confeccionar etiqueta de identificação contendo: Nome do medicamento fracionado, Concentração,Lote, validade e fabricante;

3º Passo: Conferir os dados das etiquetas com os contidos na embalagem original.

4º Passo: Colocar gorro descartável;

5º Passo: Limpar a bancada com gaze embebida com álcool a 70% no sentido de dentro para fora; Abrir caixa do medicamento;

6º Passo: Cortar o blíster de modo que o medicamento fique unitarizado;

7º Passo: Colocar apenas 01 unidade do medicamento em cada saco plástico designado para este fim;

8º Passo: Selar as unidades plásticas;

9ª Passo: Fixar a etiqueta de identificação;

10º Passo: Afixar no livro de registro diário de unitarização a mesma etiqueta de identificação utilizada nomedicamento;

CÓPIA CONTROLADA

11º Passo: Afixar no livro de registro de unitarização a parte da caixa e/ou blister que contém informações de lote e validade do medicamento unitarizado;

12º Passo: Relatar no livro de registro diário de fracionamento o nome do medicamento, a concentração, quantidade fracionada, o lote, a validade e o nome do fracionador;

13º Passo: Sinalizar ao farmacêutico ou na ausência do mesmo colaborador capacitado para efetuar a validação;

14º Passo: Limpar a bancada com álcool a 70% após o uso.

Farmacêutico deve:

1º Passo: Conferir as informações da etiqueta afixada no livro de registro diário de fracionamento com a caixado produto;

2º Passo: Verificar por amostragem as unidades fracionadas;

3º Passo: Assinar e carimbar o livro de registro diário de fracionamento validando o processo;

4º Passo: Liberar os medicamentos para dispensação.

5.3 – Resultados Esperados: unitarizar os medicamentos de forma segura e eficaz.

5.4 – Riscos inerentes à técnica: N/A.

5.5 – Fluxograma: Conforme critério do hospital.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaboração/Revisão	
Equipe da Farmácia	
Análise	
Coordenadora Administrativa	Data: 07/11/2022
Validação	
Coordenadora de Enfermagem	Data: 07/11/2022
Diretoria de RH	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

Diretoria Assistencial	Data: 07/11/2022
Aprovação	
Diretoria Administrativa	Data: 07/11/2022

CÓPIA CONTROLADA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Dispensação de materiais e medicamentos para as Unidades de Internação		
	Código: POP.GCFARM.009	Versão: 000	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Qualificar e Garantir a correta dispensação de materiais e medicamentos para os pacientes nas unidades clínicas.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

FO.GCFARM.010- Prescrição Médica; FO.GCFARM.011 – Registro de dispensação e atendimento da prescrição médica.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia e Unidades internação.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

Mat/Med – Material e medicamento; UI – Unidade de Internação.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – O Auxiliar de farmácia irá receber as prescrições médicas, conforme horário acordado em interação de processo, registrando este horário no FO.GCFARM.011 que deve ser impresso no verso da impressão no momento do recebimento das prescrições;

5.2 – O Farmacêutico deverá analisar a prescrição, anotando horário de início e término da análise de cada prescrição carimbando e assinando, em seguida a prescrição é liberada para separação pelo auxiliar de farmácia;

5.3 – O Auxiliar de farmácia deverá identificar a tira de dispensação com etiqueta do sistema da unidade do paciente, checando-a junto à da prescrição médica.

5.4 – O Auxiliar de farmácia deverá identificar horário da tira e setor de internação do paciente com pincel atômico.

5.5 - O Auxiliar de farmácia separará prescrição, metodologia unitarizada, conforme horários e rotinas estabelecidas para seu turno de trabalho, marcando os itens que já foram separados.

Nota 2: Medicamentos “se necessário” serão dispensados quando solicitados, dentro das condições prescritas e respeitando o intervalo de dispensação após primeira entrega.

5.6 – O auxiliar de farmácia deve anotar o horário da separação no campo correspondente no FO.GCFARM.011 .

5.7 – O outro auxiliar de farmácia deverá realizar baixa de mat/meds no sistema da unidade, realizando a dupla checagem, lacrando a sacola, o que simboliza “baixa realizada”. E em seguida anotar o horário da baixa e assinar e carimbar no campo correspondente do FO.GCFARM.011

Nota 3: Caso detectado erros de dispensação no momento da baixa o auxiliar deverá sinalizar no campo de “Erros detectados na baixa” no FO.GCFARM.011. Da mesma forma, quaisquer informações como falta do medicamento, quantidade e motivo da falta do item devem ser informadas no campo anteriormente citado.

5.8 – O auxiliar de farmácia armazenará a tira em gaveta da clínica, devidamente identificada.

5.9 - O colaborador da farmácia deverá anotar o nº de itens dispensados, horário da entrega, carimbar e assinar no campo responsável da farmácia em seguida o colaborador da enfermagem deve carimbar e assinar no campo responsável da enfermagem no FO.GCFARM.011.

Nota 4: O colaborador da farmácia e colaborador da enfermagem deverão realizar dupla checagem, registrando erros de dispensação verificados no campo “Erros evitados na dupla checagem” do FO.GCFARM.011.

Nota 5: O Colaborador da enfermagem deverá checar e assinar o horário dos mat/meds recebidos na via da prescrição médica da farmácia.

Nota 6: Quando dispensação de “se necessário”, o técnico de enfermagem deverá registrar hora de dispensação e assinatura da enfermagem.

Reprodução Proibida

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 05/07/23: Criação do documento.

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **05/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica corporativo**	**Data** **05/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **05/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução proibida

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Dispensação de Materiais e Medicamentos para o Centro Cirúrgico		
	Código: POP.GCFARM.010	Versão: 000	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Definir procedimentos exclusivos para a dispensação de Materiais e Medicamentos para os pacientes atendidos no Centro Cirúrgico.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

FO.GCFARM.014 – Boletim de Sala

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

CC –Centro Cirúrgico; Mat/Med – Material e Medicamento; Sistema informatizado.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – O técnico de enfermagem deverá ir até à farmácia satélite do centro cirúrgico no momento em que estiver preparando a sala para novo procedimento, para buscar um kit sala e um kit anestesia, os quais deverão ser protocolados e entregues pelo auxiliar de farmácia;

5.1.1 – Neste momento o técnico poderá solicitar verbalmente mat/meds requisitados pelos médicos para o procedimento em específico como fios, cateteres e outros. O auxiliar de farmácia irá confirmar o que compreendeu, falando o mesmo que o técnico de enfermagem lhe pediu.

5.2 – O auxiliar de farmácia deve confirmar os materiais e medicamentos que o técnico de enfermagem solicitar verbalmente**,** e em seguida o auxiliar de farmácia deverá separar e registrar como saída os itens para o paciente no sistema informatizado da unidade.

5.3 – O auxiliar de farmácia deverá entregar ao técnico de enfermagem os mat/meds e ambos conferir novamente se está de acordo. Posteriormente os itens solicitados como avulso deverão ser sinalizados como utilizados no boletim de sala e receituário médico para materiais de alto custo e medicamentos.

Nota 1: Para medicamentos controlados, o auxiliar de farmácia deverá protocolar a saída de medicamento avulso, e posteriormente checar se a etiqueta de rastreabilidade voltou comprovando utilização do mesmo.

5.4 – Ao término do procedimento, o técnico de enfermagem deverá entregar na farmácia satélite do CC os kit's com mat/med não utilizados além da 2ª via FO.GCFARM.014 – Boletim de Sala atestando mat/med utilizados, bem como receituário médico para medicamentos, materiais de alto custo e materiais avulsos aos kit's e fichas de profilaxia de antimicrobiano.

5.5 – O auxiliar de farmácia deverá baixar os itens utilizados em execução de paciente conforme item 5.2 e repor os mesmos nos kit's, organizando-os no pallet e deixando-os prontos para nova dispensação.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 06/07/23: Criação do documento.

Reprodução Proibida

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **06/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica corporativo**	**Data** **06/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **06/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução Proibida

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Devolução de Materiais e medicamentos após dispensação		
	POP.GCFARM.011	Versão: 000	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para que a devolução de materiais e medicamentos compreenda a rastreabilidade de seu trajeto/usuário/motivos de devolução, de maneira íntegra, podendo ser novamente utilizado para dispensação.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nada consta.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia satélite das Unidades de Internação

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

Mat/Med – Materiais e Medicamentos; UI – Unidade de Internação;

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Conforme procedimento de recebimento de materiais e medicamentos, o profissional de enfermagem deverá devolver os mat/meds à farmácia obrigatoriamente em saco exclusivo e com identificação do paciente ao qual os itens foram dispensados, no máximo ao término do turno de seu plantão.

Nota 1: É importante que a enfermagem informe o motivo da devolução para que se monitore e trate os mais frequentes, se possível. Em casos de alta, óbito ou transferência do paciente de setor, a enfermagem deve informar imediatamente evitando que haja a continuidade no processo de confecção das próximas tiras do paciente.

5.2 – O auxiliar de farmácia deverá receber a devolução verificando a integridade dos materiais e medicamentos devolvidos, para iniciar o processo.

Nota 2: Havendo devolução de itens avariados, restos de medicamentos ou materiais contaminados, deve-se registrar não conformidade de processo.

5.3 – O auxiliar de farmácia procederá com a devolução de mat/meds considerados aptos a voltarem para o estoque, no sistema informatizado da unidade e justificando o motivo informado pela enfermagem.

5.4 – O auxiliar de farmácia deverá retornar os mat/meds aos respectivos bins e prateleiras.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 07/07/23: Criação do documento.

Reprodução Proibida

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **07/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica corporativo**	**Data** **07/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **07/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução proibida

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Liberação de medicamentos sujeitos a controle especial		
	Código: POP.GCFARM.012	Versão: 000	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Atender corretamente a prescrição médica dentro de prazos estabelecidos, assim como a Portaria 344/98-ANVISA.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

FO.GCFARM.010 – Prescrição Médica, FO.GCFARM.013 - Receituário de Controle Especial, Livro de dispensação de medicamentos controlados.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia satélite e áreas assistenciais.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

Sistema Informatizado

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – O farmacêutico deve analisar a prescrição médica verificando se a Prescrição (FO.GCFARM.010) contém Medicamentos da Portaria 344/98 e o Receituário assinado pelo Médico Assistente (FO.GCFARM.013). Se necessário, realizar intervenção farmacêutica.

Nota 1: Para setores onde já se utiliza a prescrição eletrônica, não se faz necessário receituário de controlado, pois toda a gestão (prescrição, separação e dispensação) é rastreada dentro do próprio sistema.

5.2 – O auxiliar de farmácia deve separar medicamento conforme prescrição, colocando os medicamentos em saco conforme horário/turno de dispensação, com etiqueta do sistema informatizado do paciente e identificações de data, turno e setor.

Nota 2: Na prescrição eletrônica, deve-se atender através do lote de prescrição e etiquetar com a etiqueta gerada pelo sistema informatizado.

5.3 – Onde utilizar receituário de controlado especial, o auxiliar de farmácia deve protocolar os medicamentos conforme campos descrito no livro de dispensação de medicamentos ou através do próprio receituário (FO.GCFARM.013).

5.4 – O auxiliar de farmácia deve realizar baixa do medicamento dispensado via execução de prescrição e na conta do usuário destinatário do medicamento. Este registro serve como base de informação para o livro eletrônico de movimentações de medicamentos controlados no sistema informatizado

Nota 3: Na prescrição eletrônica, a baixa será realizada através do atendimento do lote.

5.5 – O auxiliar de farmácia deve realizar dupla checagem junto ao profissional da enfermagem, que deverá checar na prescrição médica o medicamento recebido com carimbo e assinatura. Deverá ainda atestar o recebimento no livro de dispensação de medicamentos controlados ou no campo de recebimento do FO.GCFARM.013.

5.6 - Ao receber a devolução de medicamentos controlados, o auxiliar de farmácia deve verificar integridade do medicamento solicitando ao técnico de enfermagem responsável pela devolução que registre o motivo e a

Reprodução Proibida

assinatura no campo abaixo do registro da assinatura de dispensação. Posteriormente, o auxiliar de farmácia deve devolver o medicamento no sistema informatizado e armazená-lo adequadamente no estoque mínimo de controlados.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 08/07/23: Criação do documento.

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica Corporativo**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução Proibida

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Análise farmacêutica das Prescrições Médicas			
	Código: POP.GCFARM.013	Versão: 000	Página: 1 de 4	

1 – OBJETIVO

Padronizar o procedimento de avaliação de prescrições médicas dos pacientes internados no hospital.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

FO.GCFARM.009 - Admissão Farmacêutica; FO.GCFARM.010 - Prescrição Médica; FO.GCFARM.013 - Receituário médico de medicamentos de controle especial;

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácia e Setores Assistenciais.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

5 – DESCRIÇÃO

5.1 - O colaborador da farmácia deve receber as prescrições médicas e imprimir no verso da prescrição (via que ficará na farmácia) o registro de dispensação, após, o farmacêutico deve registrar a data e o horário de início da análise da prescrição e checando com sua assinatura e carimbo ao lado destas informações. Verifica-se a identificação do paciente (etiqueta do sistema informatizado condizente ao nome completo do paciente digitado), setor e carimbo e assinatura do prescritor. Após o término da análise da prescrição, o farmacêutico registra o horário final no registro de dispensação.

5.2 - O farmacêutico deve iniciar checagem da prescrição seguindo lógica abaixo:

5.2.1 - **Checagem de antibióticos:**

I - Verificar se há antibiótico prescrito;

II - Verificar se há ficha de solicitação para antibioticoterapia e checar parecer na prescrição médica conforme tabela abaixo:

STATUS DA FICHA	CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO
Sem ficha	S/F
Com ficha aguardando parecer do SCIH	C/F D0: dd/mm/aa Por: X dias
Com ficha com parecer do SCIH - Autorizado	OK SCIH D0: dd/mm/aa Por: X dias
Com ficha com parecer do SCIH – Autorizado com alteração	OK SCIH COM ALTERAÇÃO D0: dd/mm/aa Por: X dias
Com ficha não autorizado pelo SCIH	Não autorizado SCIH

Nota: Em caso de falta de ficha comunicar primeiramente enfermagem para providenciar e monitorar retorno até 01 hora antes do horário de administração evitando descontinuidade ou atraso no tratamento;

Produção Proibida

III - Verificar se há compatibilidade prescrito x parecer da SCIH;

IV - Em caso de incompatibilidade com o parecer da SCIH, o farmacêutico deve comunicar o médico, adequar a prescrição e evoluir a intervenção realizada.

Nota: Caso intervenção realizada via read back e indisponibilidade de alteração por parte médica imediatamente, imprimir evolução contendo-a em papel sulfite amarelo, reforçando alerta à equipe quanto à alteração de prescrição realizada.

5.2.2 - Verificar se há medicamentos da portaria 344/98 prescrito:

I - Verificar receituário de medicamentos da portaria 344/98;

II - Confirmar identificações do paciente e do prescritor;

III - Compatibilidade de medicamento e posologia na prescrição x receituário;

IV - Verificar se há receituário médico pendente de entrega com a enfermagem e monitorar retorno até 01 hora antes do horário de administração evitando descontinuidade ou atraso no tratamento.

5.2.3 - Analisar coerência entre posologia prescrita e horários aprazados

Nota: Se incompatibilidade de aprazamento, bolar, reaprazar as vias das prescrições da farmácia e do prontuário, justificando no campo observação da prescrição, sinalizando item modificado e ainda registrando intervenção na evolução multiprofissional.

Reiterar em evolução multiprofissional que tal conduta fora comunicada ao prescritor e/ou enfermeiro responsável.

5.2.4 – Analisar conformidade de reconstituinte e volume, diluente e volume e tempo de infusão

Nota: Se houver ausência de algumas destas informações o farmacêutico deve investigar e entrar em contato com o médico indicando a informação correta e necessária para uma administração segura.

Reiterar em evolução multiprofissional que tal conduta fora comunicada ao prescritor e/ou enfermeiro responsável.

I. O farmacêutico deve avaliar na prescrição se o medicamento em pó possui reconstituição, diluição e tempo de infusão;
II. O farmacêutico deve avaliar na prescrição se o medicamento líquido possui diluição e tempo de infusão.
III. O farmacêutico deve sempre buscar em literatura confiável para confirmação destas informações.

5.2.5 - Análise de interação medicamentosa

I - Analisar tipo de interação e grau de interação utilizando a base de dados Micromedex® e Drugs.com;

II - Em caso de interações graves, e moderadas que potencializem riscos, deve-se realizar intervenção farmacêutica junto ao prescritor.

Reprodução Proibida

Nota: Todos os processos de intervenção farmacêutica devem ser todos registrados no prontuário do paciente e tabulados no indicador como intervenção farmacêutica.

5.2.6 - Verificar se há medicamentos não padronizados na prescrição

I - Verificar se há solicitação do medicamento não padrão com a enfermagem;

II - Realizar intervenção farmacêutica junto ao médico;

III - Sugerir alternativa farmacológica dentro da padronização, se possível;

IV - Caso não seja possível, orientar prescritor quanto ao processo de solicitação de não padrão.

5.3 – O farmacêutico deve **sinalizar em prescrição médica a avaliação farmacêutica**, tanto na via da farmácia quanto do prontuário, o que remete à farmácia estar ok para dispensação.

5.4 - Classificar paciente (quando visita farmacêutica) sinalizando em evolução periodicidade de acompanhamento;

I - De posse da prescrição médica FO.GCFARM.010 o paciente será reclassificado caso necessário, conforme avaliação da prescrição e score de avaliação de risco farmacoterapêutico e posteriormente evoluído em prontuário eletrônico, de acordo com periodicidade de acompanhamento.

5.5 - O farmacêutico deve **realizar evolução no prontuário** respeitando classificação e periodicidade de acompanhamento do paciente.

Referências

Bases de dados utilizadas:

PR Vade Medcum, Micromedex®, Drugs.com, Artigos.

Livros disponíveis:

- KARALLEDDE, L; CLARKE, SFJ; COLLIGNON, U; KARALLEDDE, J. **Interações medicamentosas adversas.** Editora Guanabara Kogan. 1ª Edição.

- FERRACINI, FT; BORGES FILHO, WM; ALMEIDA, SM. **Atenção à prescrição médica.** Editora Atheneu. São Paulo, 2014.

6 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 08/07/23: Criação do documento.

Reprodução Proibida

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica Corporativo**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução Proibida

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Medicamentos de alta vigilância – MAV's e Medicamentos potencialmente perigosos - MPP		
	Código: POP.GCFARM.014	Versão: 000	Página: 1 de 2

1 – OBJETIVO

Definir estratégias de alerta e identificação de medicamentos considerados potencialmente perigosos, bem como medicamentos que apresentem sonoridade ou aparência semelhante, tanto para o armazenamento quanto para a administração.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

MI.GCFARM.001 - Padronização de Medicamentos
IT.GCFARM.029 - Etiquetagem de mat/med.
Meta 3 - Melhorar a Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

3 – SETORES RELACIONADOS

Farmácias e setores assistenciais.

4 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico; MAV's- Medicamentos de Alta Vigilância; MPP's – Medicamentos Potencialmente Perigosos; AS – Aparência Semelhante; SS- sonoridade semelhante.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – O auxiliar de farmácia deverá utilizar as tabelas constantes no MI.FARM.001. Padronização de medicamentos (Item 2.2 – página 33-35) para reconhecer quais medicamentos são classificados como potencialmente perigosos (MPP's) e devem ser etiquetados com etiqueta vermelha conforme práticas seguras de armazenamento identificação de medicamentos citados na meta 3 - Melhorar a Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Nota 1: Em caso de falta de etiqueta vermelha a contingência deverá ser incluir uma segunda etiqueta com a informação ATENÇÃO!.

5.2 – O auxiliar de farmácia deverá iniciar o processo de retirada de etiqueta conforme orientado em IT.FAR.029, atentando-se para medicamentos contidos na lista 2.1 do MI.FARM.001 (página 30-32), para inclusão da informação AS – Medicamentos que apresentam aparência semelhante e SS – Medicamentos que apresentam sonoridade semelhante.

5.3 – Após devidamente identificados os medicamentos, o auxiliar de farmácia deverá armazenar os medicamentos em prateleira específica aos MAV's na CAF (prateleira vermelha), em ordem alfabética.

Nota 2: Após transferido os MAV's para as farmácias satélites, os mesmos deverão ser organizados segregados em prateleiras/bins específicos também identificados em vermelho.

6 – REFERÊNCIAS

* ISMP. Medicamentos Potencialmente Perigosos: Lista dos Medicamentos para Instituições de Longa Permanência. ISSN: 2317-2312 |Volume 5 | Número 3 | agosto 2016.
* ISMP. Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso hospitalar e ambulatorial - Listas atualizadas: 2015 ISSN: 2317-2312| Volume 4 | Número 3 | Setembro 2015.
* Meta 3. Manual JCI
* WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. Patient Safety Solutions | volume 1, solution 1 | May 2007.

7 – HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 000 – 08/07/23: Criação do documento.

Reprodução Proibida

HISTÓRICO DE APROVAÇÃO

Aprovações		
Análise		
Gustavo Severino **Farmacêutico**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Validação		
Sândrea Queiroz **Gerente Farmacêutica corporativo**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
Keylla Rezende **Diretoria Assistencial**	**Data** **08/07/23**	**Assinatura/carimbo**

Reprodução Proibida

FORMULÁRIOS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

2028

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome de preferência:		Nº Prontuário:
Nome completo:		
Doc. Identificação ( ) RG ( ) CPF – Nº:		
Nome da Mãe:		Cartão SUS:
Nascimento: / /	Idade:	Sexo: ( )M ( )F

RECEITUÁRIO PARA REPOSIÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA - PADRÃO ADULTO

CÓD	MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	UNID DE MEDIDA	LOTE	VALIDADE	CÓDIGO TASY	QUANTIDADE PADRÃO/UND	QNT UTILIZADA
298	Citrato de Fentanila 100mcg/2mL	AMP				2	
1656	Diazepam 10mg/2mL	AMP				2	
431	Etomidato 20mg/10ml Amp (MAV)	AMP				1	
1309	Midazolam 15mg/3mL	AMP				2	
1301	Morfina 10mg/1mL	AMP				1	

CÓD	MEDICAMENTOS DE ALERTA ALTO	UNID DE MEDIDA	LOTE	VALIDADE	CÓDIGO TASY	QUANTIDADE PADRÃO/UND	QNT UTILIZADA
1711	Dinitrato de Isossorbida 5mg SL	COMP				3	
1582	Epinefrina 1mg/1ml	AMP				30	
1603	Glicose Hipertônica 50% 10mL	AMP				10	
5740	Suxametônio, Cloreto de 100mg	FA				1	

CÓD	MEDICAMENTO	UNID DE MEDIDA	LOTE	VALIDADE	CÓDIGO TASY	QUANTIDADE PADRÃO/UND	QNT UTILIZADA
204	Ácido Acetilsalicílico 100mg	COMP				3	
539	Adenosina 6mg/2mL	AMP				5	
47341	Água Destilada Estéril Fr 250mL	FSC				1	
3081	Amiodarona, Cloridrato de 150mg/3mL	AMP				3	
57837	Atropina 0,5mg/1mL	AMP				20	
186	Bicarbonato de Sódio 8,4% 10mL	AMP				8	
187	Bicarbonato de Sódio 8,4% Frasco C/ 250ml	FSC				2	
2358	Cloreto de Sódio 0,9% AMP 10mL	AMP				8	
471	Cloridrato de Lidocaína 2% Geléia 30g	TB				1	
2209	Deslanosídeo 0,4mg/2mL	AMP				2	
1002	Furosemida 20mg/2mL	AMP				5	
189	Gluconato de cálcio 10% 10mL	AMP				4	
2247	Hidrocortisona 500mg	FA				1	
467	LIDOcaína 2% Sem Vaso 20ml Fap (MAV)	FA				1	
874	Prometazina, Cloridrato de 50mg/2mL	AMP				1	
51654	Soro Fisiológico 0,9% Fr 500mL (Sist Fech)	FSC				2	
51683	Soro Glicosado 5% Fr 500mL (Sist Fech)	FSC				2	
51686	Soro Ringer Lactato Fr 500 mL (Sist Fech)	FSC				2	

CÓD	MATERIAL	UNID DE MEDIDA	LOTE	VALIDADE	CÓDIGO TASY	QUANTIDADE PADRÃO/UND	QNT UTILIZADA
36	Agulha Descartável 30 X 08	UND				10	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				10	
56202	Cateter I.v. Nº 14g (tipo Jelco) C/dispositivo	UND				2	
61493	Cateter I.v. Nº 16g (tipo Jelco) C/dispositivo	UND				2	
56547	Cateter I.v. Nº 18g (tipo Jelco) C/dispositivo	UND				3	
56203	Cateter I.v. Nº 20g (tipo Jelco) C/dispositivo	UND				3	
56204	Cateter I.v. Nº 22g (tipo Jelco) C/dispositivo	UND				3	
967	Eletrodo Descartável Adulto	UND				10	
11325	Equipo Macro C/ Inj Lat C/ Cam Flex	UND				2	
51866	Equipo Macro P/ B.i. Volumat Line Vl St01 Fresenius	UND				2	
51867	Equipo Microgotas C/ Injetor Lateral E Camara Flexivel	UND				1	
51955	Infusor 2 Vias C/ Clamp (polifix)	UND				1	
51948	Lanceta P/ Glicemia	UND				5	
122	Luva Cirúrgica Nº 6,5	PAR				2	
123	Luva Cirúrgica Nº 7,0	PAR				2	
124	Luva Cirúrgica Nº 7,5	PAR				2	
125	Luva Cirúrgica Nº 8,0	PAR				2	
51969	Seringa Descartável 10ml S/ Agulha S/ Rosca	UND				10	
51964	Seringa Descartável 1ml C/ Agulha	UND				5	
51970	Seringa Descartável 20ml S/ Agulha	UND				10	
40	Seringa Descartável 3ml S/ Agulha	UND				5	
51967	Seringa Descartável 5ml S/ Agulha	UND				5	
51913	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 10	UND				2	
52302	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 12	UND				2	
51915	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 14	UND				2	
23351	Sonda Nasogástrica Longa Nº 16	UND				1	
1117	Sonda Nasogástrica Longa Nº 18	UND				1	
5585	Tira Glicemia	UND				5	
119	Torneirinha 3 Vias C/ Rosca	UND				2	
51685	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 6.5	UND				1	
51670	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 7,0	UND				2	
51667	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 7,5	UND				2	
1156	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 8,0	UND				2	
51690	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 8,5	UND				1	
1158	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 9,0	UND				1	

CÓD	KIT'S DE DROGA VASOATIVA	UNID DE MEDIDA	LOTE	VALIDADE	CÓDIGO TASY	QUANTIDADE PADRÃO/UND	QNT UTILIZADA
4240	***Nitroglicerina 50mg/10mL***	AMP				1	
54594	Soro Glicosado 5% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51969	Seringa Descartável 10ml S/ Agulha S/ Rosca	UND				1	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				1	
51866	Equipo Macro P/ B.i. Volumat Line Vl St01 Fresenius	UND				1	
1585	***Dopamina 50mg/10mL***	AMP				5	
54594	Soro Fisiológico 0,9% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51679	Soro Glicosado 5% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51970	Seringa Descartável 20ml S/ Agulha	UND				1	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				1	
51866	Equipo Macro P/ B.i. Volumat Line Vl St01 Fresenius	UND				1	
2224	***Dobutamina 250mg/20mL***	AMP				2	
51679	Soro Glicosado 5% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51970	Seringa Descartável 20ml S/ Agulha	UND				1	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				1	
51866	Equipo Macro P/ B.i. Volumat Line Vl St01 Fresenius	UND				1	
857	***Nitroprusseto de Sódio 50mg/2mL***	AMP				1	
51679	Soro Glicosado 5% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51967	Seringa Descartável 5ml S/ Agulha	UND				1	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				1	
47289	Equipo Universal B. I Fotossensivel Volumat Line Fresenius	UND				1	
54820	***Hemitartarato Norepinefrina 8mg/4mL***	AMP				5	
51679	Soro Glicosado 5% Fr 250mL (Sist Fech)	FSC				1	
51969	Seringa Descartável 10ml S/ Agulha S/ Rosca	UND				1	
37	Agulha Descartável 40 X 12	UND				1	
51866	Equipo Universal B. I Fotossensivel Volumat Line Fresenius	UND				1	

Legenda: AMP - ampola; FA - Frasco-ampola; COMP - comprimido; SL - sublingual; SL - sublingual; UND - Unidade; QNT - Quantidade.

_____ **Médico/CRM/ DATA**	_____ **Colaborador da Farmácia/Carimbo**	_____ **Colaborador da Enfermagem/Carimbo**
	NOVOS LACRES DISPENSADOS: DEFINITIVO _____ RESERVA _____/_____	

FO.FARM.1002-01/2022

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome de preferência:		Nº Prontuário:
Nome completo:		
Doc. Identificação ( ) RG ( ) CPF – Nº:		
Nome da Mãe:		Cartão SUS:
Nascimento: / /	Idade:	Sexo: ( )M ( )F

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome do médico Especialidade Conselho Rua, Nº - Bairro CEP - Cidade – Estado Fone: E-mail:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:_____

Endereço:_____

Medicamento de uso

1.

2.

3.

_____/_____/_____ Data

_____ Assinatura do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome :_____ _____ Identidade: _____ Órg. Emissor:_____ Endereço:_____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
_____ Ass. Do Farmacêutico Data: ___/___/___

FO.GCFARM.013

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome de preferência:	Nº Prontuário:	
Nome completo:		
Doc. Identificação ( )RG ( )CPF - Nº:		
Nome da mãe:	Cartão SUS:	
Nascimento: / /	Idade:	Sexo: ( )M ( )F

BOLETIM DE SALA

Unidade / Setor:_____ Data: ____/____/_____

Cirurgião: _____ Início: _____: _____h

Auxiliar:_____ Término: _____:_____h

Cirurgia: _____

Materiais		Quant.	Medicamentos		Quant.	Medicamentos		Quant.
Agulha de raque descartável nº 26	UND		Amiodarona:_____	AMP		Tenoxican 40 mg	AMP	
Agulha de raque descartável nº 27	UND		Acido Ascorbico (Vit. C)	AMP		Tramal_____	AMP	
Agulha de raque descartável nº 25	UND		Adalat:_____	UND		Soro Fisiológico:_____	FRA	
Agulha de peridural descartável nº 16G	UND		Agua bidestilada 10 ml	UND		Soro Ringer:_____	FRA	
Agulha de peridural descartável nº 18G	UND		Agua bidestilada 100 ml	UND		Soro Glicosado:_____	FRA	
Agulha descartável 13x4,5	UND		(Agua Oxigenada) ml	ML		Xilocaina 2%	FRA	
Agulha descartável 25x7	UND		Adrenalina 1ml (epnefrina)	UND		Outros:		
Agulha de descartável 30x8	UND		Alfetanila 5 ml 0,544 mg/ml	UND				
Abocath nº _____	UND		Atropina 1 ml UNID	UND				
Agulha de descartável 40x12	UND		Aminofilina 240 mg	UND		**Equipamentos**	**Quant.**	
Agodão Ortopédico nº_____	UND		Berotec	FRA		Aspirador portátil		
Atadura de Crepon nº_____	UND		Buscopam Composto	AMP		Arco cirúrgico		
Atadura Gessada nº _____	UND		Captopril:_____	UND		Bisturi elétrico		
Cânula de Aspiração:_____	UND		Cefalotina 1g (Keflin)	FRA		Capnógrafo		
Campo impermeável descartável	UND		cefazolina 1g	FRA		Craniótomo		
Cateter venoso periférico nº_____	UND		Ceftriaxona 1g (Rocefin)	FRA		Bomba de Infusão		
Cateter tipo óculos	UND		Cefalexina:_____	AMP		Microscópio cirúrgico		
Cateter duplo lúmem ( )	UND		Cetoprofeno 100mg	FRA		Monitor Multiparâmetro		
Cateter duplo lúmem ( )	UND		Cipro: _____	AMP		Oximetro de Pulso		
Cateter peritoneal ( )	UND		Complexo B: _____	AMP		Perfurador Elétrico		
Cateter uretral duplo (Rabo de porco)	UND		Contraste OPTIRAY	FRA		Serra elétrica		
Cateter peridural nº_____	UND		Dexametazona 4mg/ml 2,5	AMP		Videocirurgia		
Curativo tipo: _____	UND		Diazepan 10 mg	UND		Tricotomizador		
Compressa	UND		Dopamina 10 ml	AMP		Perfurador Elétrico		
Coletor de urina fechado c/ válvula	UND		Dimorf 0,2 mg	AMP		Serra elétrica		
Dreno de KEER nº_____	UND		Dimorf 1 mg	AMP				
Dreno de Penrose nº_____	UND		Dipirona 2 ml	AMP				
Dreno de sucção	UND		Diclofenaco sódico 75mg/ 3ml	AMP		**FIOS CIRURGICOS**		
Dreno de tórax nº _____	UND		Domornid 5 mg (midazalon)	AMP		Fio aciflex nº	UND	
Eletrodos descartáveis	UND		Dormonid 15 mg (midazolan)	AMP		Catgut cromado nº	UND	
Equipo macro c/ inj. Lateral	UND		Dovupamina 20 ml	FRA		Fio algodão c/a nº	UND	
Equipo micro c/ inj. Lateral	UND		Droperido 2,5 mg	AMP		Catgut simples nº	UND	
Equipo de bomba de infusão	UND		Efortil_____	AMP		Nylon nº	UND	
Escova descartável c/ PVPI	UND		Etomidato:_____	AMP		Prolene nº	UND	
Extensão de Silicone	UND		Fernegan (prometazina)_____	AMP		Vicryl nº	UND	
Esparadrápo	CM		Fenobarbital	AMP		Seda nº	UND	
Fita cardíaca	UND		Fetanil 2 ml (fentanest)	AMP		Outros:		
Fita cirúrgica micropore	CM		Flumazenil 5 ml (0,1 mg/ml)	AMP				
Frasco para drenagem de tórax ( )	ML		Furosemida (Lasix)_____	AMP				
Gazes estéril 7,5x7,5	UND		Garamicina_____	AMP				
Gorro descartável	UND		Gentamicina 20 mg/ ml	AMP				
Lâmina de bisturi nº	UND		Glicose 25% 10ml	AMP		**GASES**		
Liga Clip LT nº	UND		Glicose 50% 10 ml	AMP		Ar medicinal		
Luva cirúrgica estéril nº 6,5.	PAR		Gluconato de cálcio 10 %	AMP		Nitrogênio		
Luva cirúrgica estéril nº 7,0.	PAR		Heparina (Liquemine)	AMP		Oxido nitroso		
Luva cirúrgica estéril nº 7,5.	PAR		Hidroclorotiazida:_____	UND		Oxigênio		
Luva cirúrgica estéril nº 8,0.	PAR		Hidrocortizona 500mg	FRA				
Luva cirúrgica estéril nº 8,5.	PAR		Haloperidol_____	FRA		**MATERIAIS CONSIGNADOS**		
Luva de procedimento	PAR		Isordil :_____	UND		Fio de Kirschner nº	UND	
Malha tubular nº _____	CM		Isossobida 5 mg	CMP		Fio de Staimer	UND	
Máscara descartável	UND		Isoflurano_____	ML		Outros:		
Placa de bisturi descartável	UND		Lidocaína 2%:_____	FRA				
Polifix 2 vias	UND		Gelfoan_____	FRA				
Pró-pés	PAR		Manitol:_____	FRA				
Vessel Loop	UND		Metronidazol 500mg	AMP				
Seringa descartável 1 ml	UND		Nitropusseto de Sódio 25 mg	AMP		**SOLUÇOES**		
Seringa descartável 3 ml	UND		Nitroglicerina 50 mg	AMP		Acool a 70 %		
Seringa descartável 5 ml	UND		Neocaina_____	AMP		Clorohexedina_____		
Seringa descartável 10 ml	UND		Neocaina_____	FRA		Formol		
Seringa descartável 20 ml	UND		Noradrenalina_____	AMP		Gel para ECG		
Sonda Nasogástrica nº_____	UND		Plasil_____	AMP		PVPI_____		
Sonda de aspiração Traqueal nº	UND		Prostigmini_____	AMP		Outros:		
Sonda de Foley 2 vias nº	UND		Propofol	FRA				
Sonda de Foley 3 vias nº	UND		Sevoflurano_____	ML				
Sonda Uretral nº	UND		Sufentanila_____	AMP				
Triway (torneira)	UND		Sufetanila_____	AMP		ASSINATURA / CARIMBO:		
Tubo Endotraqueal nº	UND		Suxametanio 100 mg (kelicin)	FRA				
Outros:			Tracur	AMP				

FO.GCFARM.012/07-24

CHECKLIST DE AUDITORIA DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Setor Auditado:	Data:

Item	Item avaliado	Conforme	Não conforme	Não se aplica	
1	O carro de emergência encontra-se lacrado?	1			
2	O número do lacre corresponde ao último lacre protocolado no livro do carro?	1			
3	O estoque do carro de parada está de acordo com padrão estabelecido?		1		
4	A maleta de psicotrópicos está lacrada?		1		
5	O número do lacre corresponde ao protocolado pela farmácia?		1		
6	O estoque da maleta de psicotrópicos está de acordo com padrão estabelecido?	1			
7	O controle de psicotrópicos é efetivo? (Chave, armazenamento, estoque, registro, receita, prescrição)?		1		
8	Os itens de reserva técnica estão armazenados separadamente e identificados como reserva técnica?	1			
9	Na geladeira há a guarda exclusiva de medicamentos?	1			
10	O cronograma de limpeza e degelo das geladeiras esta sendo cumprido e validado pelo enfermeiro responsável?	1			
11	A temperatura da geladeira esta sendo verificada?	1			
12	A instrução de trabalho de limpeza de geladeira (XXXXX) é deconhecimento de todos do setor?		1		Criar
13	Todos os medicamentos de uso coletivo estão devidamente etiquetados com informações de data de abertura e validade?		1		
14	Existe controle de validade dos materiais e medicamentos?		1		
15	O local de preparo dos medicamentos é adequado? (Limpo e seguro)?	1			
16	Os medicamentos injetáveis diluídos possuem informações de data de diluição e validade?			1	
17	Os medicamentos injetáveis estão sendo diluídos conforme o Manual de Diluição e Estabilidade?			1	Criar
18	Não evidenciado medicamentos de uso próprio do paciente sem conhecimento da farmácia?	1			
19	Não observado reserva de medicamentos proveniente de sobras não devolvidas à farmácia?		1		
20	É de conhecimento da equipe o objetivo da identificação dos medicamentos de alta vigilância?	1			
21	Equipe reconhece a ficha técnica de medicamentos como ferramenta de segurança do paciente?			1	
22	Setor tem evidências no cronograma de auditoria do carro de emergência devidamente elencadas e respostas as sinalizações em tempo hábil.				
	Totais:	10	8	3	
	Precentual de conformidade:	56%	44%		

CHECKLIST DE AUDITORIA DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Setor Auditado:	Data:

OBSERVAÇÕES

Plano de Ação				
N	Ação	Responsável	Prazo	Assinatura

F.FARM.002 - 08/23

Validação (assinatura e carimbo):

_____
Farmacêutico responsável

_____
Responsável pelo setor visitado

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome de preferência:	Nº Prontuário:	
Nome completo:		
Doc. Identificação ( )RG ( )CPF - Nº:		
Nome da mãe:	Cartão SUS:	
Nascimento: / /	Idade:	Sexo: ( )M ( )F

ATENÇÃO

Alérgico à_____

_____

_____

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

SETOR: **ENFERMARIA:** **LEITO:**

DATA: **HORA:** **PESO:**

Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

Avaliação do farmacêutico(a): Assinatura/Carimbo	**Dupla Checagem do Enfermeiro(a):** Assinatura/Carimbo Assinatura/Carimbo

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

18 set 2024 09:04:50 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

18 set 2024 14:35:42 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 177.51.5.178 localizado em João Pessoa - Paraíba - Brazil

18 set 2024 14:35:48 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 177.51.5.178 localizado em João Pessoa - Paraíba - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original a55d8ed2a347...0410f2f8cf02d95229d3a0450b777be78b05
https://valida.ae/288242645...8bba320d7f48edd33f8f336c

POP DAS ROTINAS DO CEAF

1. OBJETIVO

Orientar e padronizar o processo de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

Forma de execução do Sistema de Dispensação de Medicamentos (SDME), principal ferramenta de gestão em todas as etapas de acordo com o arcabouço técnico de jurídico da Portaria Conjunta n.º 14 de 24 de agosto de 2021, que regulamenta o CEAF, e outros:

INDÍCE REMISSIVO (clique no item para ser direcionado ao tema):

- ABERTURA DE PROCESSO;
- REPOSIÇÃO DE ESTOQUE;
- DISPENSAÇÃO D E MEDICAMENTOS;
- RENOV AÇ ÃO D E PROCESSOS;
- MONITORIZAÇÃO DE TEMPERATURA;
- CONTAG E M DE ESTOQUE DIÁRIO (BALANÇO)
- RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS DEVOLVIDOS
- INCLUSÃO NO S ISTEMA SDME DE MEDICAMENTOS DEVOLVIDOS
- CONTROLE DE RECEITUÁRIOS
- BAIXA DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA SDME POR PERDAS;
- SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE PROCESSOS
- TREINAMENTO PARA REALIZAR CONSULTA FARMACÊUTICA;
- A DESÃO DE CLÍNICAS PARA HEMODIÁLISE AO PROJETO MEDCLÍNICA DA CEMAC/POLICLÍNICA;

Estabelecer normas e procedimentos para o atendimento e o cumprimento das rotinas de Dispensação de Medicamentos do CEAF.

Zelar pelos mecanismos de segurança e rastreabilidade, assegurando que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o seu transporte e uso correto.

2. APLICAÇÃO

Aplica-se a toda equipe que executa o Componente Especializado dentro Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse com metodologia padronizada para todas as tarefas necessárias para abastecer a Policlínica e manter um atendimento ao paciente com ótimo desempenho em todo o processo, precisão e qualidade no atendimento da abertura até a dispensação do medicamento, de maneira que se possibilite uma continuidade do tratamento ao paciente de doenças/agravos que estejam em dia com a documentação exigida;

3. INDICAÇÃO

Atender demanda Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse para garantir um atendimento aos pacientes com o direito de acesso ao medicamento do CEAF, e que estejam com a documentação regularizada;

Manter abastecido os estoques e informar sobre as mudanças que venham ocorrer e treinamentos necessários para toda equipe.

4. MATERIAIS

Computadores;

· Sistema de Dispensação de Medicamentos Especializados (SDME);

· Estações de trabalho;

· Equipamentos de proteção individual;

· Materiais de expediente;

· Telefone;

· Geladeiras;

· Termômetros;

· Armários;

· Caixa.

5. PROCEDIMENTOS

5.1. ABERTURA DE PROCESSO

5.1.1 - Para abertura de Processo na policlínica, o próprio paciente/responsável acessa nosso *site* para ter acesso à documentação e orientações: **CEMA C JUAREZ BARBOSA**. De posse desta documentação o paciente procura seu médico prescritor para preencher e encaminhar toda documentação por e-mail para Policlínica, e-mail este criado pela própria unidade (policlínica);

5.1.2 - Esta abertura pode ser feita por e-mail e também presencial. No ato da abertura é gerado uma data para retirada do medicamento (atentar para observação que poderá vir dentro do processo ou e-mail sobre a dispensação do medicamento);

5.1.3 – Para iniciar abertura no sistema SDME, o servidor confere todos os documentos exigidos no kit, retirado no site;

5.1.4 - Atentar para a validade dos exames, relatório, tabelas, LME, prescrição médica e outros;

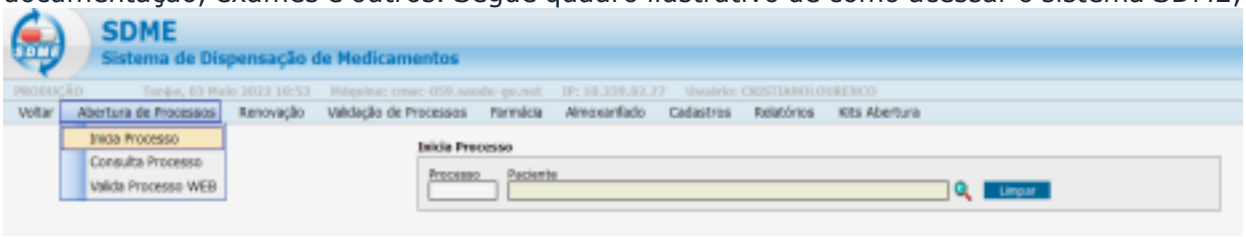
1.5 – Conferir documentação pessoal do paciente: Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; Cadastro de Pessoa Física CPF e Comprovante de endereço atualizado com CEP;

1.6 - Verificar a prescrição médica devidamente preenchida e toda documentação contida no Kit, conferindo data, nome do paciente em todos os documentos, possíveis rasuras, fazer *check list* junto ao kit;

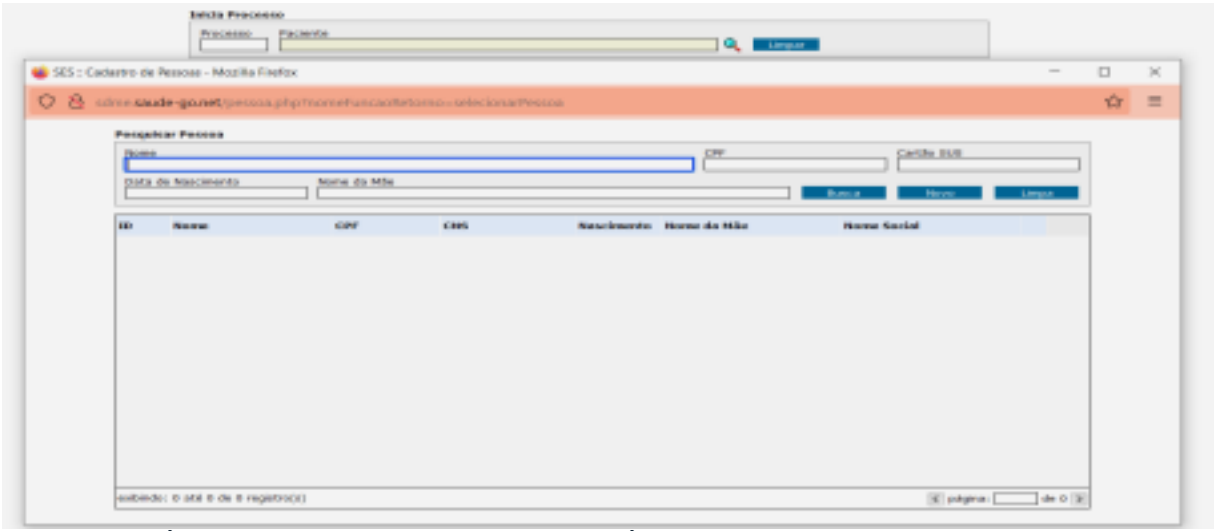
1.7 - Verificar o correto preenchimento do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (Assinatura e carimbo do médico, sem emenda ou rasura e assinatura do paciente ou

representante legal deve estar conforme cópia do documento de identificação apresentado);
1.8 - Caso o paciente não seja alfabetizado, o mesmo pode colocar a digital. OBS.: O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmada mediante a apresentação de documento comprobatório (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do "campo 13 – Atestado de Capacidade" do LME, pelo médico solicitante, onde ele preenche com o nome completo de um responsável pelo paciente;

1.8 - Após abertura, o prazo para conclusão do processo é de **05 (cinco) dias úteis** para retirada do medicamento, isto para os processos que não tem pendências, como: falta de documentação, exames e outros. Segue quadro ilustrativo de como acessar o sistema SDME;



Após o clique na lupa na aba de "paciente" a seguinte janela se abrirá:



1.9 – Concluída a abertura de processo, a policlínica nos encaminha, via **FTP – PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DE ARQUIVOS**, toda documentação do paciente; nosso coordenador do setor de descentralização salvar estes arquivos e encaminhar para o setor de Avaliação de processos. **Para PROCESSO DEFERIDO**; o mesmo é disponibilizado em outra pasta para o setor de AUTORIZAÇÃO DE PROCESSOS;

2 - Processo autorizado, a Policlínica já está apta a dispensar o medicamento ao solicitante;
2.1 - Para **processo INDEFERIDO** – Gera uma Carta ao médico e a mesma pode ser retirada ou
visualizada pelo site no link **CONSULTA PRO C ESSO ;**

2.2 - Para as dispensações feitas via representante, no ato da abertura ou antes da retirada do medicamento, a mesma precisa estar autorizada via ofício (Ofício elaborado pelo Secretário Municipal de Saúde) e encaminhado à CEMAC/JB/Setor de Municípios.

Adicionalmente o responsável pela retirada, precisa de uma **DECLARAÇÃO AUTORIZADORA** do paciente autorizando este junto à policlínica.

2.3 - Para ter acesso a esta declaração o paciente pode acessar um link que está no nosso site: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

OBS..: TRANSFERÊNCIA DE PROCESSOS – A solicitação pode ser feita através do grupo Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posses no aplicativo de mensagens (*WhatsApp*). O solicitante precisa informar:

a) **O motivo da transferência;**

b) **Unidade que está solicitando;**

c) **Unidade onde está o processo do paciente;**

d) **O destino da transferência.**

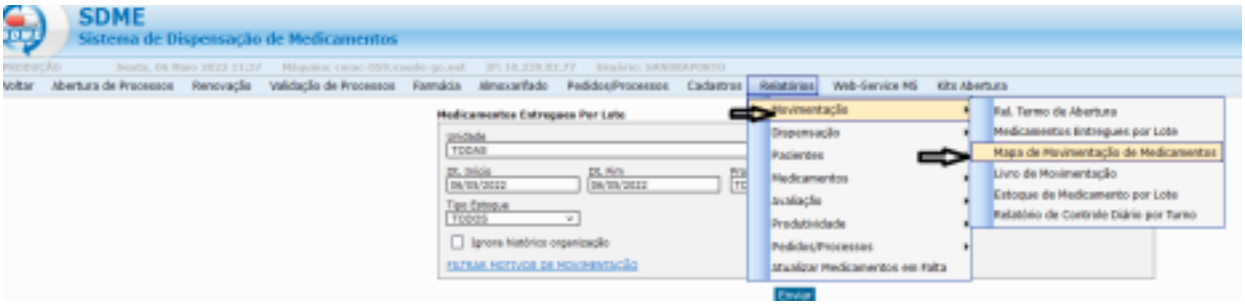
O servidor da CEMAC JB que fará esta transferência precisa colocar estas informações dentro do processo na parte reservada para observações.

Voltar Índice

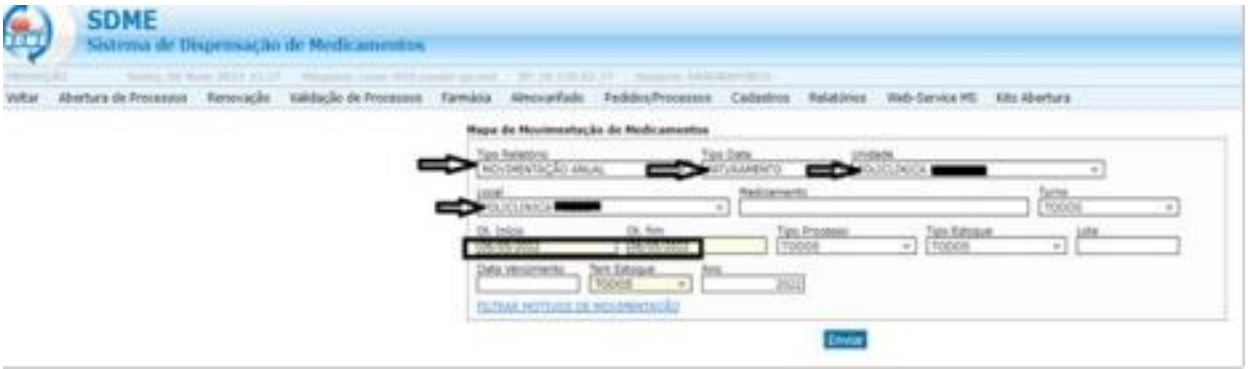
2 – REPOSIÇÃO DE ESTOQUE - Como abastecer o estoque da POLICLÍNICA.

2.1 - O farmacêutico elaborar planilha com pedido de medicamentos do componente Especializado da Assistência Farmacêutica, encaminha por e-mail ao nosso coordenador do setor de Almoxarifado/Abastecimento/CEMAC JB, com cópia para diretoria técnica. Este pedido é feito mensalmente, sempre encaminhado no mínimo **3 (três) dias antes à CEMAC JB**; sendo que os critérios são: medicamentos termolábeis solicitar estoque para 30 dias, demais apresentações de medicamentos como: Comprimidos, Cápsulas, Géis, pastas, adesivos, supositórios, frascos e ampolas não termolábeis solicitar de acordo com a **POSIÇÃO DE ESTOQUE MENSAL,** encaminhada a Policlínica via e-mail pela diretoria técnica. Observar a capacidade de armazenamento para acondicionar os medicamentos e também seguir as normas sanitárias. OBS.: O **pedido não se restringe somente aos pacientes em tratamento, o profissional farmacêutico precisa solicitar um quantitativo a mais para atender novos processos** que venha ser abertos ao longo do mês até próxima reposição.

2.2 - Para elaboração deste pedido o profissional farmacêutico gerará dois relatórios no nosso SDME :



2.2.1 **RELATÓRIO 1** → TIPO DE RELATÓRIO: **MOVIMENTAÇÃO ANUAL** → TIPO DATA: **FATURAMENTO** → UNIDADE: (**ESCOLHER NOME DA POLICLÍNICA**) → LOCAL: **TODOS** → MEDICAMENTOS: **DEIXAR EM BRANCO** → TURNO: **TODOS** →TIPO PROCESSO: **TODOS** → TIPO ESTOQUE: **TODOS** → LOTE E DATA DE VENCIMENTO: **EM BRANCO** → ANO: (O SISTEMA BUSCA) E ENVIAR RELATÓRIO. (RELATÓRIO GERADO - MAPA DE MOVIMENTAÇÃO ANUAL).



2.2.2 - **RELATÓRIO 2** → MAPA DE MOVIMENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS → TIPO DE ESTOQUE→ SINTÉTICO → UNIDADE (ESCOLHER NOME DA POLICLÍNICA)→ MEDICAMENTOS DEIXAR O CAMPO EM BRANCO → TURNO TODOS – DATA DE INÍCIO UM PERÍODO DE UM MÊS (DIA 20/3/2022 - 20/04/2022, A DATA FINAL (A DATA DA ELABORAÇÃO DO PEDIDO) → TIPO DE PROCESSO TODOS → TIPO DE ESTOQUE TODOS → LOTE E DATA DE VENCIMENTO DEIXAR EM BRANCO.

OBS.: ***Atentar para os medicamentos de uso trimestral e semestral!***

2.3 - Com o resultado destes dois relatórios, o farmacêutico responsável elabora o pedido mensal (Planilha em *excel*), atentando para aqueles medicamentos que tem dispensação: trimestral, semestral (exemplo - DENOSUMABE) e anual (ÁCIDO ZOLEDRÔNICO), evitar pedir medicamento para ficar em estoque com risco de vencimento;

2.4 - Receber e conferir o quantitativo, lote e validade dos medicamentos transferidos do Setor de Abastecimento e Armazenagem CEMAC JB e no caso de divergências entrar em contato com o coordenador do Almoxarifado relatar o ocorrido, seja em quantidade ou qualquer outro evento;

2.5 - Acondicionar os medicamentos de forma adequada, seguindo as normas de controle de monitoramento de temperatura (ver item MONITORIZAÇÃO DE TEMPERATURA) e também a disponibilidade das caixas conforme orientação do fabricante nas embalagens.

Obs.: Cada farmacêutico é responsável pelo gerenciamento de estoque local, para evitar perdas por vencimento e outros.

Volta r ao Índice

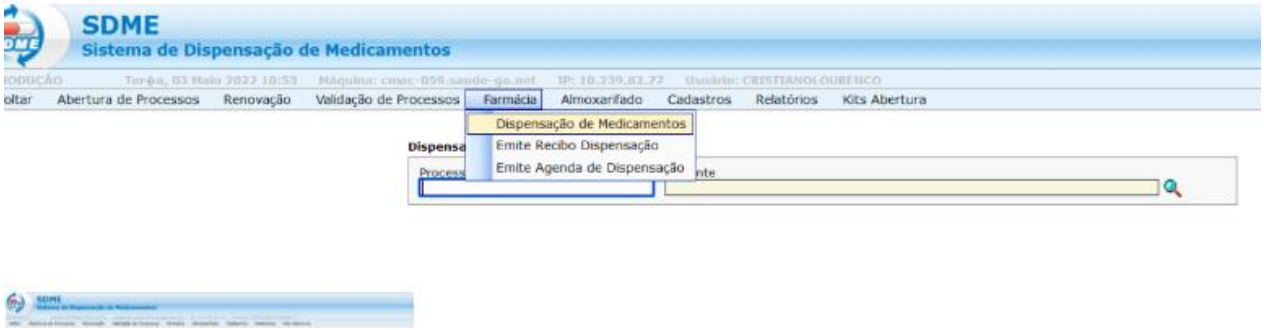
3 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS – Para realizar uma dispensação pelo sistema SDME, na unidade Policlínica, o servidor precisa fazer treinamento na CEMAC JB, seguindo todas as orientações, normas e procedimentos para o atendimento e o cumprimento das rotinas de Dispensação de Medicamentos do CEAF;

3.1 - Zelar pelos mecanismos de segurança e rastreabilidade, conferir **nome do paciente e lote do medicamento** para assegurar que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o seu transporte e uso correto;

3.2 - O atendimento ao público é realizado conforme rotina de atendimento da policlínica;

3.3 - Recepcionar o usuário na Policlínica e seguir as normas de senhas ou chamamento definidos na policlínica com conferência do documento de identificação com foto;

3.4 -Ao digitar o número do processo na aba "Farmácia – Dispensação de Medicamentos", selecionar o local e o turno onde está sendo realizado o atendimento, identificar e selecionar o protocolo para atendimento, com atenção para escolha do protocolo correto. Modelo abaixo;



3.5 - Conferir se o usuário é o próprio paciente ou pessoa autorizada a fazer a retirada da medicação;

3.6 - Caso não seja o próprio paciente, informar no campo "PESSOA AUTORIZADA" o nome da pessoa atendida, não localizando o nome da pessoa autorizada, ou estando a mesma com autorização irregular tomar as devidas providências junto ao paciente;

3.7 - Conferir a receita médica, observando os dados necessários conforme a legislação pertinente, dando enfoque no nome do paciente, apresentação do medicamento, posologia, quantidade prescrita e data da receita, carimbo e assinatura do médico prescritor sem emendas ou rasuras;

3.8 - Observar a LME autorizadora, comparando os valores prescritos e autorizados pelo Setor de Autorização, se atentando se o protocolo é APAC ou NÃO APAC, se limita a quantidade a ser dispensada e demais individualidades de cada medicamento;

3.9 - Para dispensação de medicamentos que possuem particularidades, favor se atentar às orientações específicas de cada medicamento;

3.10 - Em caso de dúvidas ou casos extraordinários, procure a Coordenação;

3.11 -Para dispensação de medicamentos termolábeis, verificar se o paciente está munido de caixa de isopor ou embalagem térmica apropriada para transporte de medicamentos e quantidade suficiente de gelo e/ou gelo reutilizável rígido, equivalente a um terço do tamanho da caixa;

3.12 - Preencher, campo no "ITENS DA DISPENSAÇÃO", o medicamento prescrito, a quantidade solicitada, mês de competência do protocolo, quantidade de dias de tratamento e clicar em adicionar dispensação;

3.13 - Incluir dispensação e imprimir o Recibo de Dispensação de Medicamento Excepcional (RME);

3.14 - Destacar a via do RME do paciente e anexar ao protocolo apresentado;

3.15 - Solicitar que o interessado assine o RME, via CEMAC/POLICLÍNICA, e informe o telefone atualizado;

3.16 - Pegar o medicamento no local correspondente e conferir no RME – Via CEMAC/POLICLÍNICA o **LOTE** do medicamento e a **QUANTIDADE** a ser entregue (**jamais entregar sem a conferência prévia do lote**);

3.17 - Entregar o medicamento para o paciente e solicitar que o mesmo confira a medicação e quantidade, além da integridade da embalagem;

3.18 - No primeiro mês de dispensação, para processos com monitorização solicitada, informar e disponibilizar para o paciente a relação exames/escalas necessários e solicitar ciência deste comunicado no RME – Via CEMAC/POLICLÍNICA, anotar no protocolo que entregou escala e/ou informou exames e agendar a data da próxima dispensação;

3.19 - No mês que antecede a renovação, orientar o paciente/representante como ter acesso à documentação para fazer a renovação orientar a data limite para renovação do processo, se atentando a solicitação de exames, quando aplicável;

3.20 - Assinar o RME – Via CEMAC/POLICLÍNICA e separar para posterior arquivamento na própria POLICLÍNICA;

3.21 - Encerrar atendimento;

Observações:

Receituário Simples – Observar o nome do medicamento (PRINCÍPIO ATIVO - Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999), forma farmacêutica, concentração, quantidade, posologia, validade da receita e a assinatura e carimbo do médico sem rasuras ou emendas;

· Receituário de Controle Especial – observar o nome do medicamento Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999), concentração, forma farmacêutica, quantidade, posologia validade da receita, máximo 30 dias após a data da emissão, datada e não conter emenda e/ou rasura;

· A 2ª via (quando for apresentada pelo paciente) deverá ser devolvida ao paciente carimbada com o "Atendido" e com o quantitativo entregue (se o paciente não trouxer a 2º via não cobrar que tire cópia, e proceder com a dispensação assim mesmo);

· Verificar se a mesma tem identificação do médico emitente e assinatura;

· Preencher a identificação do comprador, datar, assinar, colocar o quantitativo entregue;

· A Notificação de Receita, deverá vir acompanhada de uma receita comum, que será carimbada com o carimbo "Atendido" e com o quantitativo entregue e será devolvida ao paciente. A Notificação de Receita deverá estar datada e não conter emenda ou rasura.

Terá validade de 30 (trinta) dias, a contar da data da emissão. É numerada e dependendo do medicamento, será de cor branca, amarela ou azul.

Medicamentos sob controle especial	Lista de substâncias a que pertence e tipo de receita	Podem ser dispensados por prescrição eletrônica com assinatura digital?
Amantadina / Clozapina / Donepezila / Entacapona / Gabapentina / Galantamina / Lamotrigina / Leflunomida / Levetiracetam / Olanzapina / Pramipexol / Primidona / Quetiapina / Rasagilina / Risperidona / Rivastigmina / Teriflunomida / Topiramato / Vigabatrina / Ziprasidona	C1 / Receita de controle especial (branca)	**SIM**
Somatropina (Hormônio do crescimento humano)	C5 / Receita de controle especial (branca) ou para o Estado de Goiás Notificação de receita B (azul) conforme Resolução GAB/SES-GO nº 002/2008 de 22/10/2008.	**SIM**
Codeína (desde que não exceda 100 mg por unidade posológica)	Adendo de A2 / Receita de controle especial (branca)	**SIM**
Isotretinoína / Acitretina	C2 / Notificação de receita especial	**NÃO**
Morfina	A1 / Notificação de receita A (amarela)	**NÃO**
Clobazam	B1/ Notificação de receita B (azul)	**NÃO**

3.22 - Dispensar o(s) medicamento(s) imprimindo o RME, vide VI da Portaria nº. 1.554, de 30/07/2013 – GM/MS que serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação;

3.23 - No RME constará impresso a quantidade de medicamento autorizada pelo Setor de Autorização de Processos;

3.24 - Ao fazer a dispensação no SDME, a baixa do medicamento no Estoque é feita automaticamente pelo sistema;

3.25 - Para incluir medicamento não cadastrado, clique em "OUTRO MEDICAMENTO", digite o nome do medicamento a ser incluso, a quantidade autorizada para cada mês, o CID correspondente, escolha a opção "APAC" ou "NÃO APAC", o motivo da autorização e inclua. Então, o medicamento ficará cadastrado no RME.

· Para medicamentos cadastrados, selecionar e digitar a quantidade dispensada, o número de dias para o qual foi entregue (se diferente de 30 dias), adicione e inclua.

3.26 - Se necessário corrigir ou deletar a baixa, vá no SDME, aba ALMOXARIFADO – CANCELAMENTO DE MOVIMENTAÇÃO, digite o nº do Processo e, se necessário, o nome do

medicamento, a data inicial e final, o local, turno, motivo e busque. Clique na movimentação e visualize. Selecione a movimentação a ser corrigida ou deletada e preencha no campo da observação o motivo para tal, clique em Cancelar itens. Colocar na observação o motivo da movimentação com data, número de processo, nome do paciente, medicamento e quantidade.

3.27 - Entregar o(s) medicamento(s) e conferir com o usuário o nome do medicamento, concentração e quantitativo, Datar e solicitar a assinatura (de acordo com documento de identificação), número de telefone para contato e assinar no local destinado à assinatura do dispensador no RME. Dê orientações gerais que se fizerem necessárias, como:

· Efeitos adversos, armazenamento, transporte, conservação do(s) medicamento(s), administração, devolução dos medicamentos não administrados, entre outros.

Observações quanto à falta de medicamentos e anotações no protocolo

· Se o medicamento não foi dispensado por falta, anote próximo à data da dispensação o nome do medicamento em falta e ao lado a palavra "falta".

· Se o medicamento foi dispensado para menos dias que o autorizado, anote o nome do medicamento e o número de dias que o paciente levou.

· Se a próxima dispensação ocorrer na validade do cartão (ou autorização) vigente, agende a data de retorno no cartão.

· Se ocorrer fora da validade do cartão (ou autorização) vigente, bater carimbo "Renovar" e acrescentar ao lado "para" e escrever a data prevista (dia, mês, ano). · Orientar como acessar o LME no site ou imprimir o LME pré- preenchido no guichê no mês que antecede a renovação e anotar no campo: **LME OK.**

· Fazer anotações que se fizerem necessárias como:

· Trazer receita, exames;

· Autorização para pegar o medicamento;

Voltar ao Índice

4 – RENOVAÇÃO DE PROCESSO

4.1 - Analisar o protocolo e verificar no SDME, se realmente há necessidade de renovação e se foram solicitados exames para monitorização;

4.2 - Verificar se todos os documentos necessários para a renovação estão corretamente preenchidos e dentro da validade estabelecida para cada um deles;

4.3 - Verificar se foi solicitado exames no protocolo. Na sua ausência, consultar no sistema. Se estiver solicitando, separar os exames que foram pedidos verificando sua validade. Caso

não estejam corretos, orientar o paciente/representante de paciente para que ele providencie o que for necessário e só depois encaminhar para efetivar a renovação do protocolo. Tudo de acordo, consultar o site CN E S e conferir se o médico está cadastrado no (CNES) informado pelo mesmo no LME. Sendo o médico cadastrado, continuar digitando na tela de renovação o número do processo. Confirmar os dados do paciente, alterar caso necessário (nome, endereço com CEP, telefones de contato) e clicar em "ATUALIZA" (fazer as atualizações sempre que for necessário).

4.4 - Renovar o protocolo obedecendo as seguintes normatizações: Analisar o LME lembrando que deve estar adequadamente preenchido de acordo com as instruções apresentadas na Portaria nº 13, de 06 de janeiro de 2020. **A validade do LME é de 90** (noventa dias) a partir da data de emissão. Conferir o preenchimento do LME. Todos os campos devem estar preenchidos (ver orientações sobre preenchimento da LME abaixo):

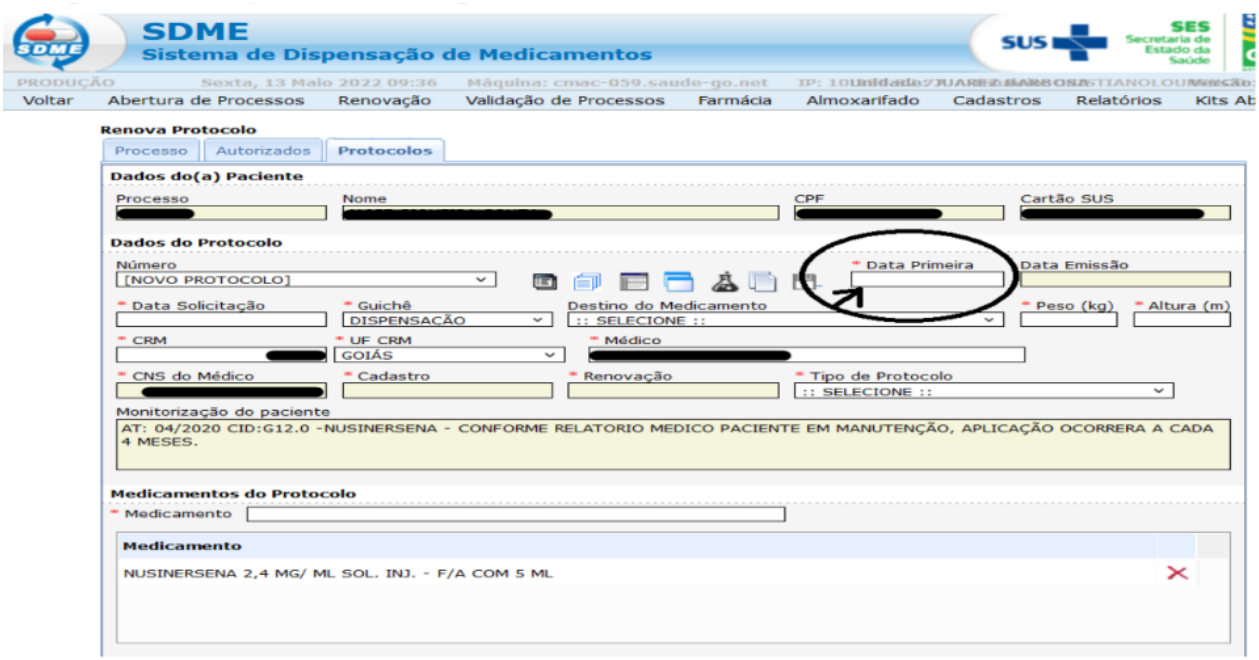
ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME

Obs.: Verificar presença de receita referente ao(s) medicamento(s) solicitado(s) no LME. 4.5 - Colocar os documentos na seguinte ordem: Protocolo – LME – Receita – Exames; 4.6 - Caso haja necessidade de monitorização do tratamento, analisar os demais documentos conforme o CID e o medicamento solicitado. Os exames necessários devem estar datados e assinados pelo responsável técnico. Observar se estão dentro do prazo de validade. Analisar a receita, lembrando que todo medicamento deve estar prescrito obedecendo a Denominação Comum Brasileira (DCB), de acordo com a Lei nº. 9787, de 10/02/99, e suas atualizações **(ver**

item dispensação quanto aos tipos de prescrições);

4.7 - Para efetuar a renovação clicar em "RENOVAÇÃO" e a seguir "RENOVA PROTOCOLO", quadro ilustrativo abaixo:

4.8 - Após inserido o número do processo, escolher a aba "PROTOCOLOS" e digitar a data para quando será agendado no campo "DATA PRIMEIRA" e dar "ENTER".



4.09 – Todos os campos com um asterisco "*" deverão ser preenchidos, ou seja, data primeira, data solicitação, guichê, peso, altura, CRM, UF CRM, Médico, CNS do Médico, Tipo de protocolo e Medicamento.

4.09 - Digitar a data de solicitação conforme informado no LME e dar "enter".

4.10 - Digitar o nome do médico conforme informado no LME e dar "enter".

4.11 - Digitar o peso e altura conforme informado no LME e dar "enter".

4.12 - Digitar o nome do medicamento solicitado no LME e clicar em "adicionar". OBS.: Proceder igual ao item anterior novamente, caso haja solicitação de mais de um medicamento.

4.13 - Clicar em "INCLUIR PROTOCOLO" após efetuar todas as etapas;

4.14 – Imprimir uma via do protocolo com a receita e entregar ao usuário/representante, quando for feita a renovação presencial;

4.15 - Conferir com o usuário o nome do paciente, o nome do medicamento e a data de agendamento.

4.16 - Dar orientações gerais que se fizerem necessárias.

4.17 - Não dispensar o usuário sem antes falar com a chefia imediata ou, na sua ausência, com a direção da Unidade, no caso de alguma intercorrência.

4.18 - Deixar o local de trabalho organizado, ao final do expediente.

4.19 – Definir conduta dentro da Policlínica quanto às pendências (ex.: ausência de exames, prescrições vencidas e outros) para que o responsável pela renovação informe ao usuário, caso verifique a falta de algum documento ou algo esteja incorreto ou vencido.

Voltar ao Índice

5 -Monitorização de Temperatura

5.1 – A temperatura de acondicionamento dos medicamentos deve estar em conformidade com as exigências do fabricante. De modo geral o armazenamento deverá estar em temperatura ambiente (15°C e 30°C). Efetuar e registrar as medições da temperatura diariamente, da seguinte maneira:

· **Ambiente**: Monitorar a temperatura duas vezes ao dia (aproximadamente às 07h00min e às 18h00min), em formulário padronizado, disponível em local acessível, observando a Temperatura atual, Temperatura Máxima e Temperatura Mínima. Após cada nova leitura fazer o "RESET" do aparelho.

· **Geladeiras**: Monitorar a temperatura atual às 09h00min, 17h00min e às 01h00min, em formulário padronizado, disponível na unidade, de modo que as temperaturas permaneçam entre 2° e 8°C. Os registros devem ser feitos observando a Temperatura atual, Temperatura Máxima e Temperatura Mínima. Após cada nova leitura fazer o "RESET" do aparelho.

Atenção: No período noturno, final de semana e feriado, orientar um profissional para fazer esta leitura, caso ocorra alguma intercorrência com relação a umidade e às temperaturas (ambiente e geladeiras), comunicar ao responsável pela dispensação de medicamentos para que se tome as providências cabíveis.

Arquivar os controles de temperaturas (pelo período de 2 anos)

Voltar ao Índice

6 - CONTAGEM DE ESTOQUE DIÁRIO (BALANÇO)

6.1 - Conferir o estoque de medicamentos do Setor no final de cada turno de atendimento, às 12h15min e a partir das 17h00min, após o atendimento de todos os pacientes;

6.2 - Contar e anotar na planilha Mapa de Controle Diário das Dispensações de Medicamentos (MCDDM) correspondente todo estoque físico de medicamentos nos armários e geladeiras, distribuídos em planilhas, e confrontar os dados obtidos com o relatório de estoque no SDME;

6.3 - Acessar o SDME, gerar o Relatório "Mapa de Movimentação de Medicamentos", na opção "Relatórios", "Movimentação", "Mapa de Movimentação de Medicamentos", selecionar o tipo de relatório "Sintético", o local da movimentação "Dispensação", turno e data (***a data de início e fim deve ser a mesma***), abaixo quadro ilustrativo SDME.

6.4 - Comparar o quantitativo contado com o estoque atual do computador. O mesmo deverá estar igual ao do SDME. Em caso de alguma divergência, identificar e tomar as providências necessárias e relatar a mesma no livro de ocorrências do Setor;

6.5 - Para identificar possíveis divergências de estoque, pesquisar a lista de pacientes atendidos no SDME, na aba Relatórios – Dispensação – Relatório de Dispensação de Medicamentos, selecione o local, medicamento, turno, período e consulta;

6.6 - Fazer a comparação da baixa do computador com as saídas (RME, receitas e outras);

6.7 - Não encontrando o erro, contatar, via telefone, com os usuários do referido medicamento, para confirmar dados da entrega (medicamento, quantitativo, concentração, etc);

Voltar ao Índice

7. RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS DEVOLVIDOS

7.1 - Este processo será feito por profissional farmacêutico, da seguinte forma:

7.2 - Receber o medicamento a ser devolvido e verifique se este está apto para o consumo por outro paciente;

7.3 - Caso esteja apto, preencha os campos do Formulário de Devolução de Medicamento, da seguinte forma:

7.4 – Dados - Nome do paciente, número do processo, nome do responsável pela devolução;

7.5 - Nome do medicamento, quantidade devolvida, lote, validade, motivo da devolução, entre outros.

7.6 - Caso o medicamento não esteja apto para o consumo de outro paciente, não aceitar a devolução, orientando o paciente entregar o medicamento para a Vigilância Sanitária Municipal, a qual é responsável pela destino do mesmo;

7.7 - Se os medicamentos devolvidos pelos pacientes estiverem aptos para consumo, estes serão incluídos novamente no estoque, se a devolução foi dentro do Mês e no quantitativo

dispensado, desfazer a baixa e retornar o quantitativo para o estoque da policlínica colocando a informação no ato da inclusão no SDME, se a devolução for após o mês e estiver apto para uso de outro paciente, precisa fazer uma inclusão por devolução no sistema SDME colocando todas as informações de devolução como nº de processo do paciente, nome e o motivo da devolução, conforme instrução abaixo.

Voltar ao Índice

8. INCLUSÃO NO SISTEMA SDME DE MEDICAMENTOS DEVOLVIDOS

8.1 – Abrir o SDME → clicar em ALMOXARIFADO → Movimentação →Motivo clicar em movimentação de estoque → inclusão - por doação/devolução → local de movimentação → Policlínica → turno/ matutino ou vespertino → data de movimentação → número do documento colocar 0 → fornecedor →Devolução de Medicamento de paciente → tipo de estoque : CEAF/ESTADUAL/JUDICIAL→ confirma → itens → Itens de movimentação de estoque → escolher o medicamento → Fabricante → Quantidade → Lote → Data de Vencimento → Adicionar o item → Antes de incluir ir no campo de Observação colocar o número do processo, nome do paciente e o motivo da devolução, a data da devolução e adicionar o item.

Voltar ao Índice

09. CONTROLE DE RECEITUÁRIOS

9.1 - Agrupar as Receitas de Controle Especial, dispensadas por princípio ativo, concentração e ordem alfabética crescente;

9.2 - Some as quantidades dispensadas e anotadas no verso das receitas;

9.3 - Em cada grupo de receitas, grampeie um papel com as anotações: Por princípio ativo e concentração;

9.4 - Data, turno e somatório das receitas;

9.5 - Conferir o resultado no campo saída do Relatório de Mapa de Movimentação de Medicamentos do SDME, com o somatório das Receitas de Controle Especial;

9.6 - Arquivar os RME's, agrupados por guichê e turno.

Voltar ao Índice

10. BAIXA DE MEDICAMENTOS POR PERDAS E OUTROS

10.1 - Casos de quebra, perda e outros que não seja dispensação por RME ou Receita, informar via e-mail para coordenador do almoxarifado CEMAC JB com cópia para Diretoria Técnica; 10.2 – A baixa no sistema será feita pelo coordenador do almoxarifado após avaliação da perda; 10.3 - No caso de queixa técnica e efeitos adversos de medicamentos preencher formulário;

Voltar ao Índice

11. SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE PROCESSOS

11.1 – As solicitações de encerramento de processos serão feitas pelo paciente via e-mail ou presencial;

11.2 - Anotar justificativa dentro do processo, no caso de óbito solicitar ao paciente uma cópia da Certidão de óbito, e anexar esta certidão junto ao processo e arquivar o processo na Policlínica;

Voltar ao Índice

12 - TREINAMENTO PARA REALIZAR CONSULTA FARMACÊUTICA;

12.1 – Policlínica solicita treinamento à Diretoria Técnica, por e-mail, para treinamento aos profissionais farmacêuticos da Policlínica;

12.2 – Diretoria Técnica define uma data para o treinamento na CEMAC Juarez Barbosa e confirma o agendamento com policlínica;

12.3 – O Treinamento precisa ser de 5 (cinco) dias, no mínimo, e deve acompanhar o atendimento de Dispensação com orientação no consultório Clínico Farmacêutico;

13 – ADESÃO DE CLÍNICAS PARA HEMODIÁLISE AO PROJETO MEDCLÍNICA DA CEMAC JB/POLICLÍNICA;

13.1 – Diretoria Técnica, Diretoria-Geral e Diretoria Administrativo, junto a Gerência de Assistência farmacêutica do Estado de Goiás;

13.2 - Faz-se apresentação ao farmacêutico responsável Técnico pela Policlínica, passando todas as orientações para adesão ao projeto Medclínica CEMAC Juarez Barbosa, 13.3 – O

farmacêutico responsável Técnico pela Policlínica repassa informações para direção da Policlínica;

13.4 – A farmacêutica acompanhada da direção da Policlínica apresenta o projeto à Clínica de Hemodiálise daquela região, esta apresentação pode ser feita online com a presença da CEMAC

ou presencial somente com a farmacêutica/direção da Policlínica;

13.5 – Após apresentação do projeto aos responsáveis pela Clínica de Hemodiálise, a policlínica repassa a documentação que a CEMAC JB previamente já encaminhou para Policlínica;

13.6 – De posse desta documentação preenchida pela Clínica de Hemodiálise, a Policlínica encaminha à CEMAC JB, no endereço de e-mail da Diretoria Técnica, que encaminha ao Secretário de Estado da Saúde para assinatura no **Termo de Compromisso de Adesão**;

13.7 – Depois do documento analisado e assinado pelo secretário de Estado da Saúde, a equipe da CEMAC JB, se deslocará até a Clínica de Hemodiálise junto a farmacêutica da Policlínica para uma visita técnica, e aprovação das condições para armazenamento dos medicamentos, que precisam de controle de temperatura, como os termolábeis (temperatura de +2ºC a +8ºC) e também dos medicamentos com temperatura de (+15 a +30°C), de acordo com as normas da Vigilância Sanitária;

13.8 - Após autorização do secretário, encaminhar para a clínica os blocos de declaração autorizadora (ver item 2.3), para que cada paciente assine sua adesão ao projeto Medclínica CEMAC/POLICLÍNICA ;

13.9 – Demais orientações para acompanhamento do projeto junto à Clínica de Hemodiálise e Policlínica, será repassado à Policlínica pela Diretoria Técnica ao Farmacêutico responsável Técnico em forma de treinamento presencial na CEMAC JB.

7. GLOSSÁRIO DE SIGLAS E TERMOS
APAC: Autorização de Procedimento Ambulatorial.

CEAF:
Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.

CID:
Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. CEMAC:
Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo.

CPF:
Cadastro de Pessoa Física.

DCB:
Denominação Comum Brasileira.

GM/MS:
Gabinete do Ministro Ministério da Saúde.

POP:
Procedimento Operacional Padrão.

SDME:
Sistema de Dispensação de Medicamentos da CMAC.

SUS:
Sistema Único de Saúde

MCDM:
Mapa de Controle Diário de Dispensação de Medicamentos.

LME:
Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos.

RME:
Recibo de Dispensação de Medicamentos.

TCT:
Termo de Cooperação Técnica.

KIT:
Relação de documentos e exames necessários para abertura de processo.

9. REFERÊNCIAS

- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/GM/MS, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do **C**omponente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- PORTARIA Nº 13, DE 6 DE JANEIRO DE 2020 - Altera o título IV da portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do **C**omponente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- PORTARIA SVS/MS NO 344, DE 12 DE MAIO DE 1998 E SUAS ATUALIZAÇÕES. - PORTARIA Nº. 065/2007-GAB/SES-GO (RECEITA B PARA SOMATROPINA NO ESTADO DE GOIÁS) - PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (CONITEC/PCDT/MS). - RESOLUÇÃO-RDC Nº 304, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019 - Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos;

- BRASIL. LEI Nº 9.787 DE 10 DE FEVEREIRO DE 1999. ALTERA A LEI Nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

- RESOLUÇÃO Nº 240/2021 - CIB GOIÂNIA, DE 29 DE SETEMBRO - Aprova a descentralização dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

(CEAF) para a Policlínica Regionais Estaduais.

- A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- O DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, QUE REGULAMENTA A LEI NO 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- A RESOLUÇÃO Nº 010/2020 – CIB, QUE APROVA A MODALIDADE DA GESTÃO Policlínica Estadual da Região Nordeste - PosseS Regionais nos municípios de posse, Quirinópolis, Goianésia, Santa Terezinha de Goiás, São Luís de Montes Belos, Goiás e Formosa, como gestão estadual da secretaria de estadual de saúde. O plano estadual de saúde de Goiás 2020-2023, em sua meta 1.1.3 de ampliar para 07 a Policlínica Regionais Estaduais.

- OFÍCIO CIRCULAR Nº 916/2021 – SES GOIÂNIA, 06 DE OUTUBRO DE 2021 - Policlínica Regional - unidade Goianésia: regional de saúde são Patrício e São Patrício II; **- OFÍCIO CIRCULAR Nº 1199/2021 – SES GOIÂNIA, 19 DE OUTUBRO DE 2021** - Às Regionais de saúde Sudoeste I e sudoeste II PORTARIA GM/MS N.º 3916, DE 30 DE OUTUBRO DE1998, E, MAIS ESPECIFICAMENTE, INTEGRANDO A ***POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PNAF)***, PUBLICADA NA RESOLUÇÃO CNS N.º 338, DE 6 DE MAIO DE 2004. A ***PNAF*** DEFINE ***ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA*** O FINANCIAMENTO DA ***ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF)*** É DE RESPONSABILIDADE DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS E PACTUADO NA ***COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)***. CONFORME ESTABELECIDO NA PORTARIA GM/MS Nº. 204/2007

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

decorrente da epidemia de COVID-19.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução RDC n° 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

Na data de 27 de Abril de 2022, reuniram-se os membros da Diretoria Executiva, nos termos do inciso IV do artigo 41 do Estatuto Social, para deliberar sobre a aprovação e implantação do *Compliance* e do Código de Conduta Ética da entidade. O senhor Provedor apresentou à Diretoria os documentos confeccionados por equipe técnica designada para elaboração de tais planos. Explicitou que a entidade tem nos últimos anos se desenvolvido rapidamente, lançando-se no mercado como grande parceira de órgãos públicos para gestão de equipamentos de saúde. Portanto, além das atividades desenvolvidas na sede, no Município de Cesário Lange, onde instalado está o hospital que atende aos cidadãos há mais de 40 (quarenta) anos, existem diversas pactuações com entes federativos diversos que visam a gestão de equipamentos de saúde dos mais variados, desde atenção primária até atenção hospitalar, incluindo-se gerenciamento de leitos de UTI. Nesta toada, a entidade conta com grande aparelhamento técnico e profissional, de forma que para melhor gestão e condução dos trabalhos necessário se faz a adoção de sistemas padronizados a serem aplicados em todas as esferas de gestão da BHCL. Assim, nada melhor que a implantação de protocolos e processos a serem observados por todos os envolvidos para que se tenha o controle e para que se possa parametrizar todas as condutas e ações. Após explanação o senhor provedor passou aos demais diretores as minutas do Programa de integridade (*compliance*) e do Código de Conduta Ética e suspendeu a reunião por uma hora para análise dos documentos. Retomada a reunião, após análise e explicações tecidas pelo Sr.

Provedor, foi APROVADO por todos os diretores os **Planos de Integridade (*compliance*) e Código de Conduta Ética.** Ato contínuo, dada a aprovação, deliberou a diretoria que a publicação dos documentos será realizada no sítio eletrônico da entidade, serão também primeiramente entregues aos gestores de cada unidade/ núcleo e também entregue a cada funcionário da entidade cópia dos códigos, que poderá ser por via física ou digital. Nada mais havendo a deliberar, foi encerrada a reunião.

Cesário Lange, 27 de Abril de 2022.

Diretoria Executiva:

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
Provedor

IVETE APARECIDA VASCONCELLOS DELLAMUTA
Vice- Provedora

SILVIO ELISIO PEREIRA FANTINI
Diretor Executivo- Financeiro

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

O presente Plano de Segurança do Paciente tem validade temporal o ano de 2022 a 2023, com objetivo de promover a cultura justa da segurança do paciente e a melhoria contínua dos serviços prestados à população pela Unidade de Saúde.

Os incidentes que acometem os pacientes podem causar danos permanentes, óbito e, consequentemente, aumento dos custos hospitalares. Dada à importância e impacto global da problemática, existem inúmeras estratégias para monitoramento, avaliação e ações de melhorias e, assim, garantia de práticas de saúde mais seguras. A elaboração desse plano é um passo rumo à disseminação da cultura de segurança do paciente pela BHCL.

2. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar as estratégias e ações de segurança para promoção de assistência segura, com o mapeamento e gerenciamento dos riscos assistenciais, de maneira a identificar, avaliar, gerenciar e monitorar os riscos reais e potenciais à Segurança do Paciente, Colaborador, Ambiente Assistencial e Meio Ambiente.

2.1 Objetivos específicos

a) Identificar e classificar os riscos e perigos associados aos processos de trabalho.

b) Gerenciar os riscos identificados.

c) Analisar as ocorrências e classificar de acordo com a presença ou não de dano, e promover melhorias.

d) Integrar as ações do NSP com as outras comissões em funcionamento na unidade.

e) Promover ações que envolvam todos os colaboradores incentivando o engajamento no gerenciamento dos riscos e propostas de melhoria.

3. DEFINIÇÃO DE TERMOS E CONCEITOS

No Plano de Segurança do Paciente são utilizados alguns termos, adotados na RDC 36/2013 e na Estrutura Conceitual da OMS para a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, 2009.

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

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.

Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

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.

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.

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

Evento que nunca deveria ocorrer ("never event"): um incidente de segurança do paciente que resulte em danos graves ao paciente ou morte (este refere-se a erros médicos particularmente chocantes - como uma cirurgia no local errado, que nunca deveria ocorrer).

Evento sentinela: uma ocorrência inesperada envolvendo morte ou grave lesão física ou psicológica, ou o risco de que ela venha a ocorrer. Lesões graves incluem especificamente a perda de um membro ou função.

Quase evento ("near miss"): um incidente que não atingiu o paciente e que poderia, ou não, causar dano.

O eixo relacionado aos produtos sob vigilância sanitária diz respeito ao acompanhamento de eventos adversos e queixas técnicas, com prioridade para o gerenciamento o risco em 4 áreas, a saber:

Farmacovigilância: identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados a medicamentos já aprovados e que estão disponíveis no mercado.

Tecnovigilância: visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

Hemovigilância: é um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

Biovigilância: é um conjunto de ações de monitoramento e controle que abrangem todo o ciclo do uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos desde a doação até a evolução clínica do receptor e do doador vivo com a finalidade de obter informações relacionadas aos eventos adversos para prevenir a sua ocorrência ou recorrência.

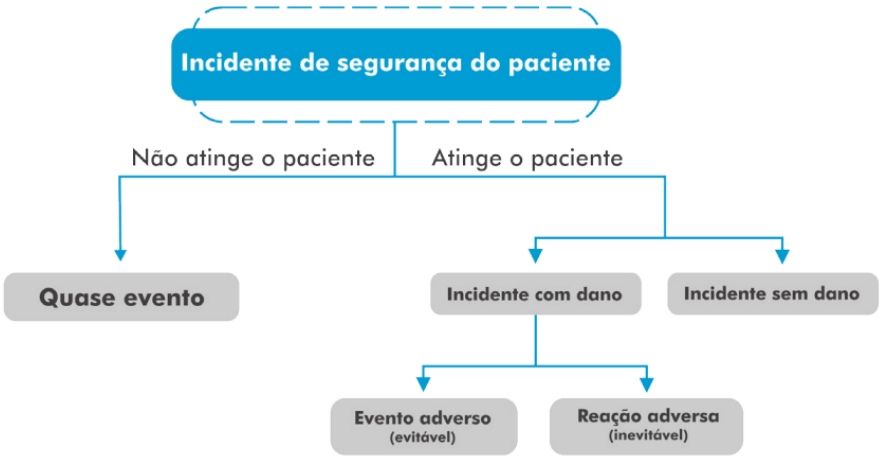
Além dos conceitos acima, nossa estrutura conceitual, para o fortalecimento das ações prioritárias, a BHCL trabalha sob os pilares de cultura de segurança do paciente e desenvolvimento de uma cultura de segurança justa, como eixo norteador das práticas assistenciais e educativas.

Cultura de segurança do paciente: conjunto de regras, estabelecidas por meio de POP, protocolos, diretrizes e outros, que permitam que os profissionais compreendam que exercem atividades complexas e desse modo, devem exercer

sua prática profissional com minimização da ocorrência de eventos adversos aos pacientes e manter um compromisso com a segurança de todos.

Cultura de segurança justa: 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.

2.1 Classificação dos incidentes de segurança do paciente



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009

3. GERENCIAMENTO DO RISCO

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, 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.

Os protocolos de Segurança do Paciente são instrumentos baseados em evidências científicas, valiosos para a padronização de processos de trabalho e importantes para a qualidade da assistência.

1. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos
2. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de lesões por pressão
3. Assegurar cirurgia em local de intervenção correto, procedimento correto, no paciente correto
4. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de queda
5. Identificar os pacientes corretamente
6. Melhorar a segurança no uso de medicações

Além das metas acima, serão implementadas as seguintes práticas de segurança:

- ✓ Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- ✓ Segurança na manipulação de cateteres e sondas – conexões corretas;
- ✓ Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- ✓ Segurança ao utilizar equipamentos e tecnologia;
- ✓ Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- ✓ Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Promoção do ambiente seguro.

3.1 Ferramentas para o Cotidiano da Prática de Cultura de Segurança

No contexto em que o erro aconteceu, deve haver uma abordagem em todas as dimensões, tanto individual como organizacional, e compreender qual foi a circunstância que levou ao evento adverso e onde de fato deve atuar, no sistema ou no indivíduo. Para essa implementação, a Unidade de Saúde abordará as ferramentas de trabalho

- ✓ Composição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- ✓ Notificação de Eventos Adversos;
- ✓ Análise do Evento e definição da ação;
- ✓ Mecanismos de Investigação;
- ✓ Investigação Epidemiológica;
- ✓ Avaliações pautadas na observação (auditorias);
- ✓ Processos de Melhoria Contínua.

3.2 Descrição do processo

a) Gerenciamento proativo

Identificar, classificar e tratar os principais riscos ao Paciente, Colaborador e Ambiente.

Identificando o risco: realizar o mapeamento dos riscos e perigos (presencialmente) de cada setor, preferencialmente em conjunto com os colaboradores.

Mapeando os riscos e perigos:

- Identificar a fonte de risco e causas
- Descrever o risco
- Identificar os eventos e potenciais consequências

Classificando e analisando o risco: analisar e classificar quanto à probabilidade da ocorrência e a gravidade.

- Compreender cada risco
- Observar as causas e fontes de risco
- Determinar o nível de prioridade do risco

Observação: cada unidade de saúde e cada setor terá suas especificidades. Cada um deve ser tratado individualmente, considerando suas particularidades.

Avaliando o Risco: a avaliação do risco auxilia na decisão do tratamento do risco. Através dos resultados da análise de riscos, determinar se cada risco é aceitável ou inaceitável.
Usar a Matriz FMEA, para avaliar os riscos, em **Anexo 1**.

b) Gestão de Eventos Adversos Graves
Investigar, analisar e gerenciar os eventos adversos relacionados a segurança do Paciente, Colaborador e Ambiente.

Gerenciamento do Evento Adverso – Fluxo:
- Antes do evento
Assegurar suporte à liderança, treinamento das equipes e cultura justa;
Desenvolver planejamento para manejo do evento.

- Resposta imediata
Cuidado e suporte à família/ paciente/outros;
Fornecer as informações com transparência, imediatamente;
Reduzir o risco de recorrência.

- Preparo para a análise
Realizar a investigação preliminar, envolvendo prontuário do paciente, entrevista com pessoas envolvidas ou que testemunharam o evento;
Identificar o dano;
Encaminhar aos responsáveis para investigação; planejar as intervenções.

- Analisar o evento
Entender o que aconteceu;

Determinar como e por quê;
Desenvolver e gerenciar as ações recomendadas, elaborando plano de ação e cronograma.
Importante: a análise do evento de forma cooperativa, preferencialmente envolvendo quem trabalha diretamente na operação.

As notificações poderão ser realizadas por:
a) método ativo: pela equipe (NSP) que realiza as avaliações de observação, por meio de "pistas" ou simplesmente é feita a revisão de todos os pacientes de uma ou várias unidades nas visitas de avaliação.
b) método passivo: é a chamada notificação voluntária. É passivo porque a equipe (NSP) que investiga recebe as notificações que são enviadas voluntariamente.

- Acompanhamento
Implantar as ações recomendadas;
Monitorar e avaliar a efetividade das ações.

- Fechamento do ciclo
Compartilhar o aprendizado.

Observação: o enfermeiro do setor da ocorrência deve preencher a Ficha de Notificação de Eventos Adversos. Modelo em **Anexo 2**.

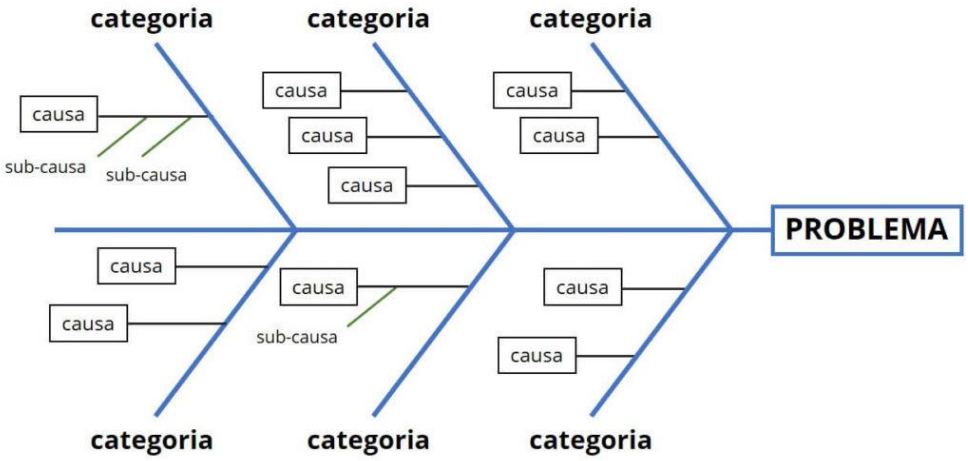
c) Monitoramento e Melhorias
O monitoramento será realizado pela análise de indicadores e/ou avaliação da adesão aos protocolos implantados.
O processo de aprendizado será promovido a fim de minimizar ou eliminar riscos, assegurando a sustentabilidade da Cultura de Segurança em cada unidade.

d) Ferramentas da Qualidade

As ferramentas que devem ser utilizadas, porém não se limitando a:

- ✓ Diagrama de Ishikawa

O Diagrama de Ishikawa serve para organizar as causas de maneira adequada. Os primeiros desdobramentos que saem do problema identificado são as causas primárias, os desdobramentos que saem posteriormente são as causas secundárias e assim por diante até alcançar a causa raiz.



O Diagrama de Ishikawa permite a reconstrução da situação para o entendimento dos fatores contribuintes, com coleta de dados com o paciente e/ou acompanhante, profissionais de saúde e prontuário.

O mecanismo de investigação que pode ser integrado antes e auxiliar, é a técnica dos “5 por quês”.

Passo a passo de como utilizar as ferramentas:

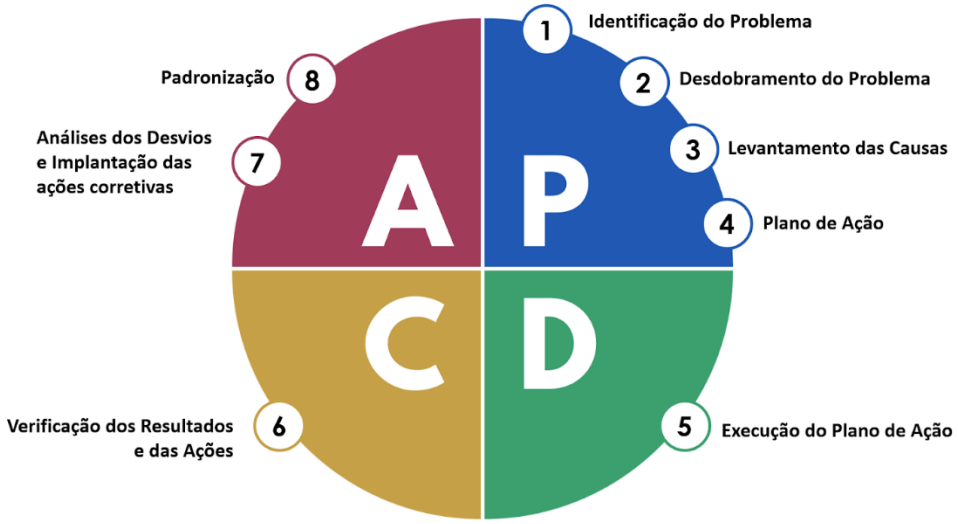
- Utilizar um roteiro orientador para a coleta de dados e direcionamento da investigação. A técnica dos ‘5 Porquês’, deve ser utilizada para resolver qualquer situação em que houver um problema e na qual é preciso investigar para encontrar uma solução.
- Agendar uma reunião com os profissionais envolvidos no evento, **após se identificar o problema**.

- Iniciar os questionamentos após a definição do problema. Deve-se combinar com os participantes para que todos contribuam com o seu melhor e sejam honestos durante esse trabalho.
- O mediador (NSP) deve manter-se receptivo e com escuta atenta para garantir que todas as respostas dos envolvidos sejam consideradas. Se houver discrepância nas respostas dos participantes, deve-se discutir as respostas e, por meio do consenso, chegar a uma resposta final. As respostas devem ser registradas de forma sucinta, pelo mediador.
- Agrupar os dados para análise de causa raiz (Diagrama de Ishikawa) com objetivo de levantar os riscos diretos da cadeia de eventos.
- A partir da identificação da causa raiz, deve-se elaborar o Plano de Ação pela equipe envolvida, a fim de implementar as ações de melhoria contínua da segurança e da qualidade.

Observação: o mediador deve ser um profissional do NSP, preferencialmente da mesma área em que o evento ocorreu.

✓ Ciclo PDCA

Esta ferramenta foi escolhida por ser uma excelente ferramenta, pois além de implementar um bom método de gestão, ele **traz inovações, ajustes e contribui para o desenvolvimento profissional e pessoal,** já que exige pensamento estratégico e comunicação assertiva dos funcionários.



Onde:

- ✓ P (do inglês – Plan) = Planejamento
- ✓ D (do inglês – Do) = Execução
- ✓ C (do inglês – Check) = Verificação
- ✓ A (do inglês – Act) = Atuar/Agir

Sabendo exatamente qual o problema específico, o próximo passo do método PDCA é identificar as causas dele. As causas são as ações, falhas nas etapas do processo que motivaram o resultado negativo.

O PDCA proporciona um processo mais eficiente, pois permite organizar a tratativa de não conformidades, de maneira simples e rápida. Ao passar por todas as etapas do ciclo é possível, ao final, saber se a implantação de um padrão foi eficaz ou se é necessário retornar ao início do ciclo e realizar alterações no que foi definido inicialmente.

- ✓ Plano de Ação

Tendo as causas raízes mapeadas será elaborado o **plano de ação**. O objetivo nessa etapa é levantar ações que impeçam que as causas raízes do problema se repitam. Será utilizado o 5W2H.

As capacitações serão realizadas conforme cronograma e planos de treinamento. Os planos de treinamento estão descritos em **Anexo 3**.

Observação: de acordo com a natureza da situação a ser trabalhada, outras ferramentas da qualidade podem ser incorporadas e utilizadas.

3.3 Notificações obrigatórias.

- Interna

Na vigência de ocorrência de algum evento, o enfermeiro do setor preenche o formulário de notificação de Evento Adverso e encaminha ao Departamento de Qualidade/ NSP.

- Externa

Conforme previsto na RDC 36/2013 é obrigatório a todas as unidades de saúde notificarem à Anvisa eventos adversos e óbitos decorrentes destes.

Notivisa: é um sistema eletrônico desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Exemplos de notificações que podem ser feitas no Notivisa:

- **Eventos adversos**: incidente/evento adverso durante procedimento cirúrgico, queda do paciente, inefetividade terapêutica, dentre outros.
- **Queixas técnicas**: produto com suspeita de estar sem registro, suspeita de produto falsificado, suspeita de empresa sem autorização de funcionamento (AFE).

Observação: o cadastro no site da Anvisa será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

VigiMed: é um sistema eletrônico disponibilizado pela Anvisa desde dezembro de 2018 para cidadãos e profissionais de saúde relatarem eventos adversos especificamente a medicamentos e vacinas, sem necessidade de cadastro prévio, contribuindo para a avaliação de segurança dos medicamentos. No caso de problemas ou eventos adversos com o uso do medicamento, é importante notificar principalmente as reações graves, ou seja, aquelas que resultam em óbito, risco de morte, hospitalização, prolongamento da hospitalização, anomalia congênita e incapacidade persistente ou permanente, além de reações não descritas na bula do produto. Para isso, não é necessário ter certeza de que o medicamento é a causa da reação. A suspeita é suficiente.

4. PLANO DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O plano de atividades a serem realizadas em 2023 na Unidade, está apresentado a seguir.

O que será feito? (ação)	Quando será feito? (prazo)	Quem fará? (Responsável)	Por que será feito? (justificativa)	Onde será feito?	Como será feito?	Quanto custará?
Apresentar o PSP às lideranças	1ª quinzena Jan/2023	NSP	Engajar as lideranças na construção da segurança do paciente na unidade	Sala de reunião/ auditório	Apresentação power point	Sem custo direto
Definir multiplicadores em conjunto com as lideranças	1ª quinzena Jan/2023	NSP + lideranças	Motivar e engajar todos os colaboradores a vivenciarem o processo	Sala de reunião/ auditório	Roda de conversa	Sem custo direto
Iniciar o mapeamento de riscos e perigos	2ª quinzena Jan/2023	NSP + multiplicador	Motivar e engajar todos os colaboradores a vivenciarem o processo	Setores da unidade	Coleta de dados em planilha impressa	Custo com impressão
Definir conjunto de indicadores para monitoramento	Fev/2023	NSP	Monitorar o processo	Sala de reuniões	Planilha/ Protocolo	Sem custo direto
Realizar ações para disseminar a metas de SP na unidade	Fev/2023	NSP	Ajudar na sedimentação das metas e sua importância	Em todos os setores	Distribuição do Manual	Custo da impressão

Elaboração dos POP/ Protocolos/ Diretrizes	Fev-Abr/ 2023	NSP + NEP	Padronizar as ações e atividades assistenciais	Sala de reuniões	Descrevendo no computador e indexando ao sistema	Sem custo direto
Capacitação meta 1	Mar/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Capacitação meta 2	Mar/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Capacitação meta 3	Abr/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Capacitação meta 4	Abr/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Capacitação meta 5	Mai/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Capacitação meta 6 – Momento I	Mai/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto

Capacitação meta 6 – Momento II	Jun/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Custo de insumos para aplicação EV/IM/SC
Capacitação sobre práticas seguras	Jun/2023	NEP	Capacitar os profissionais e padronizar as ações	Sala de treinamento	Apresentação power point	Sem custo direto
Monitoramento por indicadores das ações implementadas	Contínuo	NSP	Acompanhar os processos e identificar prováveis falhas e agir preventivamente	Em todos os setores	Roda de conversa	Sem custo direto
Promover a Semana de Segurança do Paciente	A definir	NSP	Ação como reciclagem e engajamento	Conforme ação	Dinâmicas/ apresentação power point	A depender da ação implementada
Reunião do NSP	Mensal - contínuo	NSP	Analisar os indicadores e propor melhorias	Sala de reuniões	Roda de conversa	Sem custo direto
Elaborar o PSP 2024	Dez/2023	NSP	Promover a segurança do paciente, colaborador e ambiente na unidade	Sala de reunião/ auditório	Utilizando ferramentas da qualidade e mapeamento dos riscos	Custo com impressão

*Todos os colaboradores da Unidade serão capacitados e os treinamentos serão incluídos no programa admissional.

HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Manual	Qualidade	
Título	Plano de Segurança do paciente	Data de emissão: 01/09/2023 Versão: 00	Data de revisão: 01/09/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Validação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

REFERÊNCIAS

ANVISA – Disponível em: https://www.crfrs.org.br/noticias/entenda-a-diferenca-entre-notivisa-e-vigimed

Brasil. **Ministério da Saúde**. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il

Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.168p.

Oliveira, D.C.A.N. et al. Boas **Práticas para o Cuidado e a Segurança do Paciente**. IOQ, Ceará, 2021. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/download/arqs-publicacoes/

Organização Mundial de Saúde. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Direção-Geral da Saúde, 2011. 145p.

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.

Proqualis (FIOCRUZ) – disponível em: https://proqualis.net/

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.**

ANEXO 1

O objetivo do FMEA - Análise de Modos de Falha e Efeitos é prevenir erros através da tentativa de identificar todas as maneiras que um processo ou subprocesso pode falhar, ou seja, os seus modos de falha, estimando a probabilidade de sua ocorrência e, então, tomando medidas para evitar que elas ocorram.

Tabela 1 – Pontuação de acordo com a probabilidade e gravidade

OCORRÊNCIA (O)		GRAVIDADE (G)		DETECÇÃO (D)		RPN
Quase nunca	1	Nenhuma	1	Quase certa	1	**O x G x D**
Mínima	2	Mínima	2	Muito alta	2	
Rara	3	Muito Pequena	3	Alta	3	
Baixa	4	Pequena	4	Moderadamente alta	4	
Ocasional	5	Moderada	5	Média	5	
Moderada	6	Significativa	6	Baixa	6	
Frequente	7	Grande	7	Muito baixa	7	
Alta	8	Extrema	8	Mínima	8	
Muito alta	9	Séria	9	Rara	9	
Quase certa	10	Catastrófica	10	Quase impossível	10	

Tabela 2 – Modelo para Classificação de Gravidade

Evento Catastrófico	Evento Maior
Morte ou grave perda de função (sensória, motora, fisiológica ou intelectual), suicídio, estupro, reação à hemotransfusão, cirurgia/procedimento no paciente errado ou parte do corpo errada, rapto de criança, alta de criança com os pais errados.	Diminuição permanente de função (sensorial, motora, fisiológica ou intelectual), deformidade, requer intervenção cirúrgica, aumento da média de permanência, aumento do nível de cuidado.
Evento Moderado	**Evento Menor**
Aumento da média de permanência ou do nível de cuidado.	Nenhuma lesão, sem aumento da média de permanência ou aumento do nível de cuidado.

Tabela 3 – Análise e avaliação do risco

OCORRÊNCIA	GRAVIDADE	DETECÇÃO	RPN
1	1	1	**1**
2	2	2	**8**
3	3	3	**27**
4	4	4	**64**
5	5	5	**125**
6	6	6	**216**
7	7	7	**343**
8	8	8	**512**
9	9	9	**729**
10	10	10	**1000**

- Ação de tratamento obrigatória para TODOS os riscos com Gravidade (G) maior ou igual a 9 ou 10.
- Ação de tratamento imediata para RPN maior ou igual a 343 (vermelho).

- Ação de tratamento até a próxima revisão semestral para RPN entre 125 e 342 (amarelo).
- Ação de tratamento dispensada para RPN menor ou igual a 124 (verde).

ANEXO 2

Ficha de Notificação de Evento Adverso

BHCL – Beneficência Hospitalar Cesáreo Lange
Ficha de Notificação de Evento

Data do Recebimento / /
Nº_____

GERENCIAMENTO DE RISCO

Data do incidente: / / 2022 **Hora:** | **Data da notificação:** / / 2022 **Hora:**

Responsável pela notificação (opcional): ☐ Corpo Clínico ☐ Enfermagem ☐ Administrativo ☐ Outros

DADOS DO INCIDENTE

O INCIDENTE ACONTECEU COM: ☐Paciente ☐Acompanhante ☐Visitante ☐Colaborador ☐Outro

Iniciais do Nome: **FAA:** **SEXO:** ☐ Feminino ☐ Masculino **IDADE:** **Local Incidente:**

DESCRIÇÃO DETALHADA DO INCIDENTE

AÇÕES IMEDIATAS REALIZADAS PELA EQUIPE NO LOCAL

PREENCHIDO PELO NOTIFICADOR - CLASSIFICAÇÃO

☐ **Circunstância de Risco** ☐ Near Miss ☐ Evento sem dano
☐ **Evento Adverso :** ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave ☐ Óbito

CLASSIFICAÇÃO DO INCIDENTE

☐	Administração clínica	☐	Tecnovigilância
☐	Processo clínico/ Procedimentos	☐	Farmacovigilância
☐	Documentação	☐	Comportamento
☐	Infecção hospitalar	☐	Acidentes com o paciente
☐	Medicação/ Fluídos endovenosos	☐	Estrutura
☐	Equipamento Médico	☐	Gerenciamento de recursos/ Organizacional
☐	Nutrição	☐	Outros:

Definições Taxonômicas

Quase Perda	(Near Miss) - ocorreu um erro, mas foi detectado antes de atingir o paciente. Muitas vezes demonstra o funcionamento das barreiras estabelecidas.
Evento sem Dano	Ocorreu o incidente, não foi detectado antes da ocorrência, atingiu o paciente, mas não causou dano.

Evento Adverso
Atingiu o paciente e causou dano. Deverá ser classificado em:

Leve	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
Moderado	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional),com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo
Grave	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo
Óbito	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

OBSERVAÇOES

OBSERVAÇOES

ENCAMINHAMENTO DO INCIDENTE: **Data**_____/___/____

☐ **Diretoria Técnica** ☐ **Diretoria de Enfermagem** ☐ **Diretoria Administrativa**

☐ **Outros**_____

Descrição (Oque fazer e como?)	Responsável(quem)	Data da Ação (quando)	**Status (Gerenciamento de Risco)**
Responsável:		Data:	Hora:

PREENCHIDO PELO GERENCIAMENTO DE RISCO - CLASSIFICAÇÃO FINAL DO INCIDENTE

Circunstância de Risco: ☐ **Near Miss** ☐ **Evento sem dano**
Evento Adverso : ☐ **Leve** ☐ **Moderado** ☐ **Grave** ☐ **Óbito**

Conclusão:_____

Assinatura do Gerente de Risco

ANEXO 3

Planos de Treinamento

A capacitação e desenvolvimento dos profissionais aprimoram o desempenho em todos os níveis de atenção e funções de todos os processos existentes, além de contribuir para o desenvolvimento de novas competências servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências (Missão, Visão e Valores da BHCL), bem como gerar práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com o paciente e clientes internos e externos.

Para que as capacitações programadas sejam assertivas, elaboramos os planos de treinamento para as 6 metas internacionais para a segurança do paciente e para as boas práticas para a segurança do paciente.

As outras capacitações relacionadas a este plano de segurança, seguirá o mesmo modelo.

É importante ressaltar que este PSP abrange apenas os temas relacionados à Segurança do Paciente.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Segurança do Paciente e Ambiente Seguro

Objetivo: capacitar os profissionais para a identificação de riscos e quais eventos podem ocorrer, prejudicando o paciente, acompanhante/familiar e o próprio profissional e engajar na promoção da cultura para a segurança e promoção de ambiente seguro.

Público-alvo: Todos os profissionais.

Carga horária: 1 hora – 1h30

Conteúdo programático: cultura de segurança, riscos ambientais e assistenciais, identificação do risco e atitude preventiva, notificação de evento, participação na investigação do evento, indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Higiene das mãos

Objetivo: capacitar os profissionais para a prática e frequência adequada de higiene das mãos com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Público-alvo: Todos os profissionais.

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: tipo de higiene das mãos, indicações e importância, fricção com álcool e lavagem com água e sabão, uso de luvas. Ações preventivas. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Prevenção de Úlcera por Pressão

Objetivo: capacitar os profissionais para prevenir a ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras alterações da pele.

Público-alvo: Enfermagem

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: definição, intervenção, avaliação do risco, sistemas de avaliação, reavaliação do risco. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Cirurgia Segura

Objetivo: capacitar os profissionais para reduzir a ocorrência de incidentes e a mortalidade cirúrgica, possibilitando a adequada realização de procedimento cirúrgico, no local correto e no paciente correto, através do uso adequado da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Público-alvo: Enfermagem e médicos

Carga horária: 1 hora – 1h30m

Conteúdo programático: pré-operatório, lista de verificação cirúrgica segura.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Prevenção de Quedas

Objetivo: capacitar os profissionais para atuarem ativamente na sua prevenção, com o intuito de reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

Público-alvo: Enfermagem, equipe multiprofissional, médicos, equipe de apoio

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: avaliação do risco de queda, identificação dos fatores predisponentes que aumentam o risco, perfil de pacientes com alto e baixo risco para queda. Ações preventivas. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Identificação segura do paciente

Objetivo: capacitar os profissionais, para garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Público-alvo: Enfermagem, equipe multiprofissional, recepcionistas, médicos

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: Uso da pulseira de identificação, educação do paciente e familiares, confirmação da identidade do paciente antes do cuidado, identificação do paciente em situações especiais e nas transferências. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos – Momento I

Objetivo: capacitar os profissionais na promoção de práticas seguras no uso de medicamentos.

Público-alvo: Enfermagem, equipe multiprofissional, médicos.

Carga horária: 1 hora – 1h30m

Conteúdo programático: definição de prescrição, identificações obrigatórias na prescrição, uso de abreviaturas (padronizadas pela unidade), descrição segura de medicamentos com nomes parecidos, diretrizes para a dupla checagem, prescrição segura de medicamentos de alta vigilância ou perigosos, PEP, conciliação medicamentosa, dispensação segura. Ações preventivas. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos – Momento II

Objetivo: capacitar os profissionais para administração segura de medicamentos.

Público-alvo: Enfermagem, equipe da farmácia.

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: vias de administração, itens de verificação para administração segura, checagem e dupla checagem, estoque mínimo. Ações preventivas. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa. Aula prática de revisão das vias de administração.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença, insumos para aplicação IM e EV.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Cateteres e sondas – conexões corretas

Objetivo: capacitar os profissionais para a manipulação adequada de cateteres e sondas, incluindo a terapia nutricional.

Público-alvo: Enfermagem

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: tipos de cateteres, tipos de sondas, manipulação das conexões, identificação de cateteres e equipamentos, terapia nutricional enteral e parenteral, orientação aos pacientes e familiares. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Administração segura de sangue e hemocomponentes

Objetivo: capacitar os profissionais para o uso e administração de sangue e hemocomponentes de forma correta e segura.

Público-alvo: Enfermagem

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: conceituação de hemocomponentes, vias de administração, consentimento do paciente, medidas seguras na administração. Possíveis eventos adversos. Indicadores.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Comunicação efetiva entre profissionais e com o paciente

Objetivo: capacitar os profissionais para a comunicação efetiva, garantindo a segurança no cuidado.

Público-alvo: Enfermagem, médicos, equipe multiprofissional, equipe de apoio, administrativos

Carga horária: 45 min – 1 hora

Conteúdo programático: tipos de comunicação, comunicação não violenta, passagem de plantão, registros de enfermagem, envolvendo o paciente e familiar no cuidado. Possíveis eventos adversos.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

PLANO DE TREINAMENTO

Tema: Segurança no uso de equipamentos e tecnologia

Objetivo: capacitar os profissionais para o uso de medidas para promoção de segurança na utilização de alguns equipamentos utilizados na área da saúde

Público-alvo: Enfermagem, médicos, equipe multiprofissional, equipe de apoio, administrativos

Carga horária: 1 hora

Conteúdo programático: equipamentos utilizados na saúde, identificação de riscos na utilização, importância da engenharia clínica, cuidados e manipulação adequada dos equipamentos e acessórios. Possíveis eventos adversos.

Metodologia: aula expositiva e interativa.

Recursos: audiovisual (Datashow ou similar), lista de presença.

Hospital Dona Latifa

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 00.103.044/0001-47, com sede na Rua Presidente Getúlio Vargas, nº 839, Centro, CEP: 75.400-000, Inhumas- Goiás, representada por **JORJETE TOME SAHIUM,** brasileira, viúva, empresária, residente e domiciliada à Av. Wilson Quirino de Andrade, no 1929, Centro, Inhumas - GO, inscrita no CPF sob o nº 282.993.611-68, **RECONHECE e ATESTA** que **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor ROBERTO GONELLA JÚNIOR, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, EXECUTOU EM COOPERAÇÃO TÉCNICA desde 03/02/2011 até 03/02/2016, Termo de Cooperação Técnica com objeto de a cooperação para gestão, administração e execução das atividades da Contratante, referente à toda sua capacidade instalada (Alta Complexidade), bem como em relação à eventuais pactuações realizadas com pessoas jurídicas de direito público e privado, com disponibilização de recursos materiais e humanos.

Atestamos que em razão da cooperação técnica, a Contratada executou/manteve os seguintes serviços:

PRODUÇÃO (atendimentos)	TOTAL (60 meses)
PRONTO SOCORRO GERAL (atendimento médico em urgência/emergência)	545.806
INTERNAÇÕES (incluso cirúrgicas)	21.738
CIRURGIAS	3.859
PARTOS	9.756

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864

Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-1
07/2022 12:13:37
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71978-LD85;

778 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

INTERNAÇÕES UTI	2.884
RAIO X	**163.227**
ULTRASSONOGRAFIA	**57.920**
ECOCARDIOGRAMA	**16.514**
TOMOGRAFIA	**55.218**
MANUTENÇÃO DE CAPACIDA INSTALADA	**QTDE**
LEITOS CLÍNICA CIRÚRGICA	30
LEITOS CLÍNICA CARDIOLÓGICA	08
LEITOS CLÍNICA MÉDICA	18
LEITOS OBSTÉTRICOS	17
LEITOS PEDIATRIA CLÍNICA	14
LEITOS DE ISOLAMENTO	04
LEITOS UTI	10
CONSULTÓRIOS	10
SALA DE EMERGÊNCIA	13
SALA DE RETARGUARDA	1
SALA DE PRÉ PARTO	1
SALA DE PARTO NORMAL	1
SALA DE CIRURGIA	6
FARMÁCIA	1

Registramos, ainda, que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho gerencial e operacional, tendo a contratada

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-2
07/2022 12:13:37
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71979-LD3Y;

779 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

cumprido fielmente com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone tecnicamente.

ATESTAMOS que a execução do contrato celebrado por parte da entidade foi feita por seus profissionais e supervisionada por seu Provedor Roberto Gonella Júnior.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Inhumas/GO, 05 de fevereiro de 2016.

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA
CONTRATANTE

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-3
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71980-ZKLT;

780 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

Hospital Dona Latifa

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS
TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 00.103.044/0001-47, com sede na Rua Presidente Getúlio Vargas, nº 839, Centro, CEP: 75.400-000, Inhumas- Goiás, representada por **JORJETE TOME SAHIUM** brasileira, viúva, empresária, residente e domiciliada à Av. Wilson Quirino de Andrade, no 1929, Centro, Inhumas - GO, inscrita no CPF sob o nº 282.993.611-68, doravante denominado apenas **Contratante**; e

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, doravante denominada **Contratada**, as quais celebram o presente Termo de Cooperação Técnica, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1 - O presente Termo de Cooperação Técnica tem como objeto, a cooperação para gestão, administração e execução das atividades da Contratante, referente à toda sua capacidade instalada, bem como em relação à eventuais pactuações realizadas com pessoas jurídicas de direito público e privado, com disponibilização de recursos materiais e humanos, nos moldes do presente termo de cooperação técnica.

1.2 - O objeto contratual deverá atingir o fim que se destina, com eficácia e qualidade exigidas.

1.4 – O presente Contrato tem prazo de vigência de 60 (sessenta) meses, contados de sua assinatura, podendo ser renovado mediante termo aditivo.

CLAUSULA SEGUNDA: FORMA DE EXECUÇÃO

2.1 - Para a execução do presente Termo de Cooperação, as partes obrigam-se mutuamente, dentro das respectivas responsabilidades, a proporcionar apoio técnico, administrativo e operacional às ações e serviços de saúde desenvolvidas, nos termos da proposta apresentada pela **Contratada**.

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-4
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71981-40XT;

781 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

2.2 - As atividades de que trata cláusula primeira serão desenvolvidas por pessoal técnico capacitado da **Contratada,** sendo de sua responsabilidade o suporte técnico e operacional em todas as atividades de saúde na qual se ativa a Contratante, devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 – A **Contratada** deverá executar este Termo de Cooperação Técnica com plena observância as legislações de regência Federais, Estaduais e Municipais, bem como das diretrizes técnicas específica a cada plano de trabalho elaborado, cabendo – lhe:

I - Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

II - Comunicar à **Contratante**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

III - Responder pelos serviços que executar, na forma da legislação aplicável;

IV - Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

V Assegurar a organização, administração e gestão da, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional;

VI Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

1) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

2) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

3) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

4) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos;

5) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-5
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71982-Y69R;

782 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução do presente Termo de Cooperação, a **Contratante** compromete-se a:

4.1 – Disponibilizar à **Contratada** os meios necessários à execução do objeto deste Termo de Cooperação.

4.2 – Garantir os recursos financeiros necessários para a execução do objeto deste Termo de Cooperação, observadas as disposições deste instrumento e de acordo com suas disponibilidades financeiras e orçamentárias.

CLÁUSULA QUINTA: DA SANÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

5.1 - A inobservância, pela **Contratada** de cláusula ou obrigação constante deste Termo de Cooperação autorizará a **Contratante** a aplicar em cada caso, com observância do direito e ampla defesa, as sanções devidas, bem como a rescisão contratual se este for o caso.

5.2.A rescisão do poderá ser efetivada:

I - Por ato unilateral da **Contratante,** na hipótese de descumprimento, por parte da **Contratada**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - Por acordo entre as partes reduzido a termo.

5.3. - A ocorrência de infração contratual sujeita a **Contratada**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, às seguintes penalidades:

a) Advertência Escrita;

5.4. – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

CLÁUSULA SEXTA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Para atender ao dispositivo neste Termo de Cooperação, a **Contratada** declara que:
a) Dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda integrante deste Termo de Cooperação;

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864
Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-6
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71983-XP8L;
CNS: 06.870-0 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente
TJPB
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) Não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este Termo de Cooperação Técnica.

6.2 - É vedada a cessão total ou parcial do presente Termo de Cooperação.

CLÁUSULA SÉTIMA: DO FORO

7.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Inhumas, Estado de Goiás, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Termo de Cooperação Técnica e seus aditivos, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, composto de 4 folhas, numeradas de 1 a 4, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo.

Inhumas/GO, 03 de fevereiro de 2011.

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA
CONTRATANTE

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Assinado de forma digital por BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Dados: 2022.07.21 11:27:07 -03'00'

NOME:
RG:
CPF:

NOME:
RG:
CPF:

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4
Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-7
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71984-1NK6;
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0
Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente
TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1400 Torre 58040-000, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **22/07/2022 13:29:27 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]Código de Autenticação Digital: 180992107222856316864-1 a 180992107222856316864-7
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05bfcc629e5579c438a02846b45838e7f03a6995f7413f1a4e07cdac791fe34841f32fedab8ecad412722054c197cb215f6c4896e2b7f31bdb285363d1ef8ce327e

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/07/2022

CNES: 6228585 Nome Fantasia: CENTRO MEDICO HOSPITALAR DONA LATIFA CNPJ: 00.103.044/0001-47

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO INHUMAS LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: RUA PRESIDENTE GETULIO VARGAS Número: 839 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 521000 - INHUMAS UF: GO

CEP: 75400-000 Telefone: (06)2511-1021 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: REINALDO ELIAS DE SOUZA 20/08/2018

Cadastrado em: 11/05/2009 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 29/01/2019

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	4	0
UTI ADULTO - TIPO II	11	9
ESPEC - CIRURGICO		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	10	4
CIRURGIA GERAL	8	3
GINECOLOGIA	12	5
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	8	3
CLINICA GERAL	18	7
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	8	3
OBSTETRICIA CLINICA	9	3
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	10	3
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	14	5

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA **(FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)**, com sede na cidade de Hortolândia/SP, à Rua José Cláudio Alves dos Santos, nº 585, Remanso Campineiro, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob n° 13.843.145/0001-04, **ATESTA**, para os devidos fins, que a empresa **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, inscrita no CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social de Saúde neste município através do Decreto nº 4.561/2020, executa desde 01.12.2022 Contrato de Gestão nº 627/2022, proveniente do Processo Administrativo nº 4.200/2022.

Objeto do Contrato: Apoio técnico, gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde do município, nos Componentes da Atenção Hospitalar, da Urgência e Emergência e Rede de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, para assegurar assistência integral e gratuita à população, no município de Hortolândia, Estado de São Paulo.

Equipamentos de Saúde Gerenciados:

Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas
Endereço: R. Osvaldo Ribeiro Carrilho, 10 - Jardim Mirante de Sumare, Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Amanda"
Endereço: R. Washington Luis, 1066 - Jd Amanda II, Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Nova Hortolândia Manoel Georgino"
Endereço: R. José Marlin dos Anjos, 185 - Jd Nova Hortolândia - Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Rosolém José Pereira Amorim"
Endereço: R. Orlando Pavan, 395 - Jd Rosolém - Hortolândia - SP

SAMU 24 Horas Regional
Endereço: Marginal, 477 - Jd Green Park - Hortolândia – SP

Metas Quantitativas Pactuadas e Executadas:
Anexo I – Janeiro a dezembro de 2023.
Anexo II – Janeiro a maio de 2024.

Declaramos, ainda, que a execução da pactuação apresenta até a presente, tendo a contratada cumprido com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone.

Hortolândia, 16 de julho de 2024.

Denis André José Crupe
Secretário Municipal de Saúde do Município de Hortolândia

Prefeitura Municipal de Hortolândia
Secretaria de Saúde
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 13.843.145/0001-04
Email: saudecompras@hortolandia.sp.gov.br
(19) 3965-1400 - ramais 8670 - 8624

Dênis André José Crupe
Secretário Municipal de Saúde

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Anexo I

Janeiro a dezembro de 2023

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

METAS QUANTITATIVAS COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CG 627/2022 HORTOLÂNDIA/2023

1 - INTERNAÇÕES

	INDICADOR	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
METAS QUANTITATIVAS		CLINICA GERAL	94	81,74%	95	82,61%	113	98,26%	95	82,61%	122	106,09%	143	124,35%	126	109,57%	93	80,87%	105	91,30%	99	86,09%	93	80,87%	83	72,17%	105	115	91%
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	66	132,00%	64	128,00%	68	136,00%	56	112,00%	63	126,00%	66	132,00%	65	130,00%	49	98,00%	59	118,00%	74	148,00%	76	152,00%	51	102,00%	63	50	126%
		MATERNIDADE	122	81,33%	162	108,00%	132	88,00%	131	87,33%	114	76,00%	136	90,67%	108	72,00%	91	60,67%	113	75,33%	99	66,00%	89	59,33%	117	78,00%	118	150	79%
		PEDIATRIA	19	54,29%	39	111,43%	50	142,86%	38	108,57%	38	108,57%	30	85,71%	34	97,14%	35	100,00%	32	91,43%	39	111,43%	27	77,14%	32	91,43%	34	35	98%
		CIRURGIA GERAL (EXCETO PARTO)	62	51,67%	67	55,83%	66	55,00%	62	51,67%	80	66,67%	92	76,67%	83	69,17%	71	59,17%	76	63,33%	89	74,17%	79	65,83%	88	73,33%	76	120	64%
		UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	96,66%		100,00%		93,15%		100,00%		98,00%		100,00%		92,75%		91,30%		94,20%		92,75%		86,98%		97,00%			80,00%		
		TOTAL	363	77,23%	427	90,85%	429	91,28%	382	81,28%	417	88,72%	467	99,36%	416	88,51%	339	72,13%	385	81,91%	400	85,11%	364	77,45%	371	78,94%	397	470	84,40%

2 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

	INDICADOR	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
CONSULTAS		CLINICA GERAL	6919	92,25%	6890	91,87%	7967	106,23%	7147	95,29%	7711	102,81%	7181	95,75%	6835	91,13%	6809	90,79%	6674	88,99%	7176	95,68%	6971	92,95%	6733	89,77%	7084	7500	94,46%
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1309	72,72%	1312	72,89%	1423	79,06%	1220	67,78%	1280	71,11%	1216	67,56%	1240	68,89%	1401	77,83%	1324	73,56%	1495	83,06%	1371	76,17%	1257	69,83%	1321	1800	73,37%
		GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1175	78,33%	1291	86,07%	1422	94,80%	1233	82,20%	1281	85,40%	1210	80,67%	1162	77,47%	1217	81,13%	1198	79,87%	1191	79,40%	1185	79,00%	1269	84,60%	1236	1500	82,41%
		PEDIATRIA	118	118,00%	128	128,00%	149	149,00%	120	120,00%	109	109,00%	85	85,00%	114	114,00%	126	126,00%	95	95,00%	122	122,00%	106	106,00%	89	89,00%	113	100	113,42%
		CIRURGIA GERAL	324	69,83%	331	71,34%	420	90,52%	322	69,40%	368	79,31%	335	72,20%	377	81,25%	400	86,21%	331	71,34%	444	95,69%	424	91,38%	364	78,45%	370	464	79,74%
		TOTAL	9845	86,63%	9952	87,57%	11381	100,15%	10042	88,37%	10749	94,59%	10027	88,23%	9728	85,60%	9953	87,58%	9622	84,67%	10428	91,76%	10057	88,50%	9712	85,46%	10125	11364	89,09%

2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SA

	INDICADOR	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SADT HH/MMMC		ELETROCARDIOGRAMA	446	278,75%	345	215,63%	277	173,13%	415	259,38%	300	187,50%	436	272,50%	415	259,38%	464	290,00%	466	291,25%	334	209%	323	201,88%	436	272,50%	388	160	242,55%
		RADIOGRAFIA	3012	83,67%	3010	83,61%	3028	84,11%	3122	86,72%	3160	87,78%	3282	91,17%	3225	89,58%	3235	89,86%	3264	90,67%	3468	96%	3491	96,97%	3454	95,94%	3229	3600	89,70%
		ULTRASSONOGRAFIA	391	217,22%	356	197,78%	393	218,33%	483	268,33%	397	220,56%	384	213,33%	343	190,56%	423	235,00%	377	209,44%	428	238%	404	224,44%	449	249,44%	402	180	223,52%
		ANALISES CLINICAS	13278	78,11%	15265	89,79%	18384	108,14%	16400	96,47%	18331	107,83%	16570	97,47%	17172	101,01%	16634	97,85%	15663	92,14%	16173	95%	15243	89,66%	16350	96,18%	16289	17000	95,82%
		LABORATORIAIS	218	109,00%	124	62,00%	115	57,50%	151	75,50%	169	84,50%	130	65,00%	136	68,00%	181	90,50%	180	90,00%	106	53%	91	45,50%	140	70,00%	145	200	72,54%
		ENDOSCOPIA	113	113,00%	99	99,00%	96	96,00%	98	98,00%	116	116,00%	90	90,00%	88	88,00%	127	127,00%	100	100,00%	128	128%	87	87,00%	72	72,00%	101	100	101,17%
		COLONOSCOPIA	300	20,00%	406	27,07%	558	37,20%	609	40,60%	828	55,20%	808	53,87%	870	58,00%	808	53,87%	745	49,67%	764	50,93%	905	60%	685	45,67%	838	1500	46,20%
		TOMOGRAFIA																											
		TOTAL	17758	78,09%	19605	86,21%	22851	100,49%	21278	93,57%	23301	102,47%	21700	95,43%	22249	97,84%	21809	95,91%	20814	91,53%	21542	94,73%	20324	89,38%	21739	95,60%	21248	22740	93,44%

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SA

	INDICADOR	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SADT HH/MMMC		ELETROCARDIOGRAMA	446	278,75%	345	215,63%	277	173,13%	415	259,38%	300	187,50%	436	272,50%	415	259,38%	464	290,00%	466	291,25%	334	209%	323	201,88%	436	272,50%	388	160	242,55%
		RADIOGRAFIA	3012	83,67%	3010	83,61%	3028	84,11%	3122	86,72%	3160	87,78%	3282	91,17%	3225	89,58%	3235	89,86%	3264	90,67%	3468	96%	3491	96,97%	3454	95,94%	3229	3600	89,70%
		ULTRASSONOGRAFIA	391	217,22%	356	197,78%	393	218,33%	483	268,33%	397	220,56%	384	213,33%	343	190,56%	423	235,00%	377	209,44%	428	238%	404	224,44%	449	249,44%	402	180	223,52%
		ANALISES CLINICAS	13278	78,11%	15265	89,79%	18384	108,14%	16400	96,47%	18331	107,83%	16570	97,47%	17172	101,01%	16634	97,85%	15663	92,14%	16173	95%	15243	89,66%	16350	96,18%	16289	17000	95,82%
		LABORATORIAIS	218	109,00%	124	62,00%	115	57,50%	151	75,50%	169	84,50%	130	65,00%	136	68,00%	181	90,50%	180	90,00%	106	53%	91	45,50%	140	70,00%	145	200	72,54%
		ENDOSCOPIA	113	113,00%	99	99,00%	96	96,00%	98	98,00%	116	116,00%	90	90,00%	88	88,00%	127	127,00%	100	100,00%	128	128%	87	87,00%	72	72,00%	101	100	101,17%
		COLONOSCOPIA																											
		TOTAL	17458	82,19%	19199	90,39%	22293	104,96%	20669	97,31%	22473	105,81%	20892	98,36%	21379	100,65%	21064	99,17%	20050	94,40%	20637	97,16%	19639	92,46%	20901	98,40%	20555	21240	96,77%

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

4 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSÉ PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	CLINICA GERAL	6.766	7.032	6.765	8.156	8.980	7.909	7.564	7.735	7.203	8.017	7.748	7.269	7.595	****	
	PEDIATRIA	1.449	2.645	3.599	3.421	3.826	3.205	2.078	2.762	2.540	2.793	2.412	1.913	2.720	****	
	EMERGÊNCIA	248	268	254	266	304	284	268	269	274	228	249	166	257	****	
	TOTAL	8.463	9.945	10.618	11.843	13.110	11.398	9.910	10.766	10.017	11.038	10.409	9.348	10.572	7.250	145,82%

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	CLINICA GERAL	5.242	5.808	7.108	6.076	7.093	6.488	6.219	6.420	6.353	6.984	6.592	6.081	6.372	****	
	PEDIATRIA	1.126	2.384	4.059	3.101	3.897	3.353	2.172	2.663	2.865	2.952	2.454	1.888	2.743	****	
	EMERGÊNCIA	154	162	177	123	113	139	131	181	171	178	220	248	166	***	
	TOTAL	6.522	8.354	11.344	9.300	11.103	9.980	8.522	9.466	9.187	10.114	9.266	8.217	9.281	8.500	109,19%

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL EX	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	CLINICA GERAL	5.831	5.834	6.983	6.264	7.178	6.706	6.283	6.422	6.328	6.564	6.254	5.920	6.381	***	
	PEDIATRIA	1.208	2.096	3.897	2.796	3.371	2.786	1.765	2.257	2.138	2.241	1.950	1.494	2.333	***	
	EMERGÊNCIA	201	203	245	207	208	206	171	190	180	186	184	175	195	***	
	TOTAL	7.240	8.133	11.125	9.267	10.757	9.698	8.219	8.869	8.646	8.970	8.388	7.589	8.908	7.250	122,87%

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

TOTAL UNIDADES EM PRONTO ATENDIMENTO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA GERAL	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM		8.463	9.945	10.618	11.843	13.110	11.938	9.910	10.766	10.017	11.038	10.409	9348	10.572	7.250	145,82%
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLEM)		6.522	8.354	11.944	9.300	11.603	9.980	8.522	9.466	9.187	10.114	9.266	8217	9.281	8.500	109,19%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA		7.240	8.133	11.125	9.267	10.757	9.698	8.219	8.869	8.646	8.970	8.388	7589	8.908	7.350	121,87%
	TOTAL	22.225	26.432	33.687	30.410	35.470	31.076	26.651	29.101	27.850	30.122	28.063	25.154	28.762	23.000	125,05%

$ - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊ		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLEM)	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.359	119,09%	4.717	104,82%	6.443	143,18%	7.153	158,96%	6.437	143,04%	5.600	124,44%	5.673	126,07%	5.843	129,84%	5.206	115,69%	5.925	131,67%	5.537	123,04%	5.009	111,31%	5.742	4.500	127,60%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	12.982	164,85%	14.712	186,82%	17.368	220,55%	13.011	165,22%	11.116	141,16%	14.364	182,40%	16.223	206,01%	15.862	201,47%	14.752	187,33%	14.834	188,37%	16.140	204,95%	15.043	191,07%	14.701	7.875	186,67%
	TOTAL	18.341	148,21%	19.429	157,00%	23.811	192,41%	20.164	162,96%	17.553	141,84%	19.964	161,33%	21.896	176,94%	21.705	175,39%	20.759	167,75%	20.759	167,75%	21.677	175,17%	20.052	162,04%	20.442	12.375	165,19%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	6.637	132,74%	6.689	133,78%	6.443	128,86%	7.688	153,76%	8.862	177,24%	8.534	170,68%	8.777	175,54%	11.477	229,54%	8.681	173,62%	8.834	176,68%	7.934	158,68%	7.904	158,08%	8.205	5.000	164,10%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	10.541	124,01%	13.579	159,75%	15.351	180,60%	13.909	163,64%	17.609	207,16%	16.421	193,19%	15.279	179,75%	15.625	183,82%	12.675	149,12%	17.596	207,01%	14.742	173,44%	16.259	191,28%	14.966	8.500	176,06%
	TOTAL	17.178	127,24%	20.268	150,13%	21.794	161,44%	21.597	159,98%	26.471	196,08%	24.955	184,85%	24.056	178,13%	27.102	200,76%	21.356	158,19%	26.430	195,78%	22.676	167,97%	24.161	178,99%	23.171	13.500	171,63%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	4.133	91,84%	4.919	109,31%	5.606	124,58%	5.802	128,93%	5.988	133,07%	5.570	123,78%	5.406	120,13%	6.125	136,11%	5.688	126,62%	5.188	115,29%	5.444	120,98%	5.739	127,53%	5.468	4.500	121,51%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	12.555	159,43%	12.718	161,50%	11.123	141,24%	14.067	178,63%	14.552	184,79%	10.440	132,57%	13.679	173,70%	12.579	159,73%	12.328	156,55%	8.373	106,32%	10.348	131,40%	13.632	173,10%	12.200	7.875	154,91%
	TOTAL	16.688	134,56%	17.637	142,22%	16.729	135,18%	19.869	160,58%	20.540	165,98%	16.010	129,37%	19.085	154,22%	18.704	151,14%	18.016	145,66%	13.561	109,58%	15.792	127,61%	19.371	156,53%	17.668	12.375	142,77%
TOTAL SUS (INCLUSIVE DE PRONTO ATENDIMENTO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM		18.341	19.429	23.811	20.164	17.553	21.896	21.705	19.958	20.759	21.677	20.052	162,04%	20.442	12.375	165,19%
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLEM)		17.178	20.268	21.794	21.597	26.471	24.955	24.056	27.102	21.356	26.430	22.676	178,99%	24.161	13.500	171,63%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA		16.688	17.637	16.729	19.869	20.540	16.010	19.085	18.704	13.561	15.792	19.371	156,53%	17.668	12.375	142,77%
	TOTAL	52.207	57.334	62.334	61.630	64.564	60.929	65.037	67.511	59.340	63.586	61.281	166,24%	38.250	160,21%	

6 - ATENDIMENTOS CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU REGIONAL HORTOLÂNDIA-SUR		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SAMU	PROCEDIMENTOS															
	ATENDIMENTOS COM REGULAÇÃO REGIONAL ORIENTAÇÃO	2.564	2.484	2.921	2.633	2.789	2.723	2.610	2.757	2.731	2.727	2.850	2.586	2.698	1.900	142,00%
	REGULAÇÃO MÉDICA COM	377	347	438	387	408	373	325	357	366	359	367	380	374	320	116,77%
	TOTAL	2.941	2.831	3.359	3.020	3.197	3.096	2.935	3.114	3.097	3.086	3.217	2.966	3.072	2.220	138,36%
	ATENDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	137	91,33%	141	94,00%	115	76,67%	140	93,33%	136	90,67%	149	99,33%	132	88,00%	143	95,33%	129	86,00%	111	74,00%	136	90,67%	115	76,67%	132	150	88,00%
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	1.270	158,75%	1.330	166,25%	1.255	156,88%	1.445	180,63%	1.223	152,88%	1.372	171,50%	1.450	181,25%	1.509	188,63%	1.547	193,38%	1.548	193,50%	1.609	201,13%	1.396	174,50%	1.413	800	
	TOTAL	1.407	148,11%	1.471	154,84%	1.370	144,21%	1.585	166,84%	1.359	143,05%	1.521	160,11%	1.582	166,53%	1.652	173,89%	1.676	176,42%	1.659	174,63%	1.745	183,68%	1.511	159,05%	1.545	950	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Anexo II

Janeiro a maio de 2024

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artido 22.

METAS QUANTITATIVAS COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CG 627/2022 HORTOLÂNDIA

HMMMC

1 - INTERNAÇÕES

INDICADOR	ESPECILIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
METAS QUANTITATIVAS	CLÍNICA GERAL	80	69,57%	96	83,48%	114	99,13%	122	106,09%	148	77,70%	118	115	103%
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	56	112,00%	52	104,00%	65	130,00%	67	134,00%	84	59,52%	68	50	136%
	MATERNIDADE	102	68,00%	77	51,33%	117	78,00%	130	86,67%	111	135,14%	108	150	72%
	PEDIATRIA	29	82,86%	23	65,71%	27	77,14%	40	114,29%	43	81,40%	34	35	98%
	CIRURGIA GERAL (EXCETO PARTO)	75	62,50%	83	69,17%	66	55,00%	76	63,33%	58	206,90%	69	120	58%
	TOTAL	**342**	**72,77%**	**331**	**70,43%**	**389**	**82,77%**	**435**	**92,55%**	**444**	**94,47%**	**398**	**470**	**85%**

2 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HMMMC

INDICADOR	ESPECILIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
CONSULTAS	CLÍNICA GERAL	7.220	96,27%	7.646	101,95%	8.862	118,16%	9.920	132,27%	9.909	75,69%	8.911	7.500	118,81%
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.272	70,67%	1.262	70,11%	1.343	74,61%	1.487	82,61%	1.495	120,40%	1.392	1.800	77,35%
	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	1.225	81,67%	1.108	73,87%	1.307	87,13%	1.347	89,80%	1.326	113,12%	1.273	1.500	84,88%
	PEDIATRIA	79	79,00%	86	86,00%	92	92,00%	135	135,00%	115	86,96%	104	100	103,67%
	CIRURGIA GERAL	420	90,52%	360	77,59%	347	74,78%	299	64,44%	298	155,70%	337	464	72,63%
	TOTAL	**10.216**	**89,90%**	**10.462**	**92,06%**	**11.951**	**105,17%**	**13.188**	**116,05%**	**13.143**	**115,65%**	**12.017**	**11.364**	**105,7**

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT HMMMC c/ TC

INDICADOR	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SADT HMMMC	ELETROCARDIOGRAMA	425	265,63%	264	165,00%	370	231,25%	546	341,25%	414	38,65%	406	160	253,44%
	RADIOGRAFIA	3.031	84,19%	3.146	87,39%	4.026	111,83%	4.232	117,56%	4.321	83,31%	3.846	3.600	106,84%
	ULTRASSONOGRAFIA	357	198,33%	313	173,89%	337	187,22%	356	197,78%	351	51,28%	344	180	191,20%
	ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS	16.241	95,54%	15.616	91,86%	17.930	105,47%	21.734	127,85%	24.819	68,50%	20.193	17.000	118,78%
	ENDOSCOPIA	113	56,50%	135	67,50%	146	73,00%	205	102,50%	230	86,96%	177	200	88,25%
	COLONOSCOPIA	71	71,00%	98	98,00%	89	89,00%	162	162,00%	150	66,67%	120	100	120,00%
	TOMOGRAFIA	766	51,07%	773	51,53%	971	64,73%	1.016	67,73%	1.083	138,50%	949	1.500	63,24%
	TOTAL	**21004**	**92,37%**	**20345**	**89,47%**	**23869**	**104,96%**	**28251**	**124,23%**	**31368**	**137,94%**	**26.034**	**22.740**	**114,4**

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT HMMMC

INDICADOR	EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO

O presente documento digital foi conferido e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:35:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃ DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SADT HMMMC	ELETROCARDIOGRAMA	425	265,63%	264	165,00%	370	231,25%	546	341,25%	414	38,65%	406	160	253,44%
	RADIOGRAFIA	3.031	84,19%	3.146	87,39%	4.026	111,83%	4.232	117,56%	4.321	83,31%	3.846	3.600	106,84%
	ULTRASSONOGRAFIA	357	198,33%	313	173,89%	337	187,22%	356	197,78%	351	51,28%	344	180	191,20%
	ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS	16.241	95,54%	15.616	91,86%	17.930	105,47%	21.734	127,85%	24.819	68,50%	20.193	17.000	118,78%
	ENDOSCOPIA	113	56,50%	135	67,50%	146	73,00%	205	102,50%	230	86,96%	177	200	88,25%
	COLONOSCOPIA	71	71,00%	98	98,00%	89	89,00%	162	162,00%	150	66,67%	120	100	120,00%
	TOTAL	**20238**	**95,28%**	**19572**	**92,15%**	**22898**	**107,81%**	**27235**	**128,23%**	**30285**	**142,58%**	**25.086**	**21.240**	**118,10%**

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

4 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UPAs

UPA ROSOLEN

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	CLÍNICA GERAL	7.984		9.042		10.180		11.219		12.240			***	
	PEDIATRIA	1.438		2.032		3.459		4.164		3.778			***	
	EMERGÊNCIA	205		191		257		269		298			***	
	TOTAL	**9.627**	**132,79%**	**11.265**	**155,38%**	**13.896**	**191,67%**	**15.652**	**215,89%**	**16.316**	**225,05%**	**13.845**	**7.250**	**190,97%**

UPA NOVA HORTOLÂNDIA

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	CLÍNICA GERAL	6.595		7.826		8.956		9.723		9.899			***	
	PEDIATRIA	1.466		2.298		3.647		4.474		4.267			***	
	EMERGÊNCIA	197		211		224		215		196			***	
	TOTAL	**8.258**	**97,15%**	**10.335**	**121,59%**	**12.827**	**150,91%**	**14.412**	**169,55%**	**14.362**	**168,96%**	**12.426**	**8.500**	**146,19%**

UPA AMANDA

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	CLÍNICA GERAL	6.388		7.428		8.200		8.857		9.445			***	
	PEDIATRIA	1.153		1.634		2.861		3.686		3.138			***	
	EMERGÊNCIA	180		178		153		155		166			***	
	TOTAL	**7.721**	**106,50%**	**9.240**	**127,45%**	**11.214**	**154,68%**	**12.698**	**175,14%**	**12.749**	**175,85%**	**11.062**	**7.250**	**152,58%**

TOTAL UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	9.627	132,79%	11.265	155,38%	13.896	191,67%	15.652	215,89%	31.584	435,64%	18.935	7.250	261,17%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	8.258	97,15%	10.335	121,59%	12.827	150,91%	14.412	169,55%	11.183	131,56%	11.366	8.500	133,72%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	7.721	106,50%	9.240	127,45%	11.214	154,68%	12.698	175,14%	660	9,10%	7.032	7.250	97,00%
TOTAL	**25.606**	**111,33%**	**30.840**	**134,09%**	**37.937**	**164,94%**	**42.762**	**185,92%**	**43.427**	**188,81%**	**37.333**	**23.000**	**162,32%**

O presente documento foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Aristone Gonçalves de Oliveira em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP , nos termos da medida provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - UPAs														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLEM)	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.215	115,89%	6.552	145,60%	6.660	148,00%	8.923	198,29%	10.627	236,16%	8.101	4.500	180,01%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	16.651	211,44%	17.754	225,45%	12.747	161,87%	27.020	343,11%	19.505	247,68%	18.864	7.875	239,54%
	TOTAL	21.866	176,69%	24.306	196,41%	19.407	156,82%	35.943	290,45%	30.132	243,49%	26.964	12.375	217,8

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊU														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	8.038	160,76%	12.106	242,12%	9.189	183,78%	13.330	266,60%	13.207	264,14%	11.513	5.000	230,26%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	14.677	172,67%	17.049	200,58%	17.791	209,31%	23.370	274,94%	14.951	175,89%	17.132	8.500	201,55%
	TOTAL	22.715	168,26%	29.155	215,96%	26.980	199,85%	36.700	271,85%	28.158	208,58%	28.644	13.500	212,1

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - UPAs														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.361	119,13%	6.528	145,07%	7.050	156,67%	8.879	197,31%	9.355	207,89%	7.755	4.500	172,33%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	14.665	186,22%	16.827	213,68%	9.552	121,30%	20.945	265,97%	17.425	221,27%	16.140	7.875	204,95%
	TOTAL	20.026	161,83%	23.355	188,73%	16.602	134,16%	29.824	241,00%	26.780	216,40%	23.895	12.375	193,0

TOTAL SADT UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 (GMT-03:00), CNS: 11.162-5 - 1º TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	21.866	176,69%	24.306	196,41%	19.407	156,82%	35.943	290,45%	30.132	243,49%	26.964	12.375	217,89%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	22.715	168,26%	29.155	215,96%	26.980	199,85%	36.700	271,85%	28.158	208,58%	28.644	13.500	212,18%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	20.026	161,83%	23.355	188,73%	26.980	218,02%	29.824	241,00%	26.780	216,40%	25.624	12.375	207,06%
TOTAL	64.607	168,91%	76.816	200,83%	73.367	191,81%	102.467	267,89%	85.070	222,41%	81.233	38.250	212,37%

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

6 - ATENDIMENTOS CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU REGIONAL HORTOLÂNDIA-SUMARÉ

	PROCEDIMENTOS	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SAMU	ATENDIMENTOS COM REGULAÇÃO REGIONAL	2.561	134,79%	2.718	143,05%	2.997	157,74%	2.490	131,05%	2.608	137,26%	2.664	1.900	140,19%
	REGULAÇÃO MÉDICA COM ORIENTAÇÃO	343	107,19%	388	121,25%	463	144,69%	467	145,94%	453	141,56%	428	320	133,70%
	TOTAL	2.904	130,81%	3.106	139,91%	3.460	155,86%	2.957	133,20%	3.061	137,88%	3.092	2.220	139,26%
	ATENDIMENTOS	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	103	68,67%	130	86,67%	168	112,00%	135	90,00%	127	84,67%	132	150	87,78%
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	1.263	157,88%	1.516	189,50%	1.613	201,63%	1.631	203,88%	1.731	216,38%	1.581	800	197,60%
	TOTAL	1.366	143,79%	1.646	173,26%	1.781	187,47%	1.766	185,89%	1.858	195,58%	1.713	950	180,26%

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisoria N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE GESTÃO N° 627/2022
PROCESSO N° 4200/2022
CHAMADA PÚBLICA N°. 03/2022

Contrato que entre si celebram o MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA e a **Organização Social - BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE,** qualificada como Organização Social pelo **Decreto n°. 4.561, de 03 de setembro de 2020,** para apoio técnico, gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde do município, nos Componentes da Atenção Hospitalar, da Urgência e Emergência e Rede de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, para assegurar assistência integral e gratuita à população.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA,** regularmente inscrito no CNPJ sob o n° 67.995.027/0001-32, com sede nesta cidade e Comarca, na Rua José Claudio Alves dos Santos n.° 585 – Remanso Campineiro, neste ato representado pelo **Secretário Municipal de Saúde, Sr. Dênis André José Crupe**, brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade (R.G.) n° 22.708.026-9, devidamente inscrito junto ao Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (C.P.F./M.F.) sob n° 152.716.808-51, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE,** pessoa jurídica de direito público interno, sediado na Rua José Cláudio Alves dos Santos, n° 585, Remanso Campineiro, no Município de Hortolândia, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob n° 13.843.145/0001-04, neste ato representado pelo **Secretário Municipal de Saúde, Sr. Dênis André José Crupe**, brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade (R.G.) n° 22.708.026-9, devidamente inscrito junto ao Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (C.P.F./M.F.) sob n° 152.716.808-51, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **Organização Social - BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE,** associação de direito privado, sem fins econômicos, com personalidade jurídica própria, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF. sob n°. 50.351.626/0001-10, com endereço Avenida São Paulo, n°. 340, no Bairro Vila Brasil, CEP: 18.285.000, no município de Cesário Lange, Estado São Paulo, e com estatuto social arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob

nº 57 do Livro A, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Tatuí (fl.1133), neste ato representada pela **Diretoria Executiva Provedor Sr. Roberto Gonella Júnior,** brasileiro, casado, administrador, portador da Cédula de Identidade RG nº 12.249.262-6-SSP/SP, devidamente inscrito junto ao Cadastro Nacional de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF sob nº. 048.461.708-70, doravante denominada **CONTRATADA,** com base no Processo nº 4200/2022 e tendo em vista o que dispõem as Leis Municipais nº 1.395 de 31 de maio de2004, alterada pela Lei Municipal nº 1.519 de 29 de abril de 2005 e pela Lei nº 3.322, de 24 de fevereiro de 2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 3.560 de 08 de março de 2016, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/1993 e alterações posteriores e, ainda, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Parágrafo Primeiro - O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto apoio técnico, gerenciamento e execução de ações e serviços da rede de saúde do Município, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, para assegurar assistência integral e gratuita à população, conforme definido neste Edital e seus Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento.

Parágrafo Primeiro - Os serviços e ações de saúde objeto deste Contrato são agrupados da seguinte forma:

I - Componente da Atenção Hospitalar – Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas – Gestão, gerenciamento e execução de ações e serviços.

II - Componente da Atenção às Urgências e Emergências – Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e SAMU 192 - Gestão, gerenciamento e execução de ações e serviços.

III - Componente da Rede de Atenção à Saúde – Apoio técnico e administrativo, para integral assistência primária (atenção básica), especializada e à saúde mental.

Parágrafo Segundo - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Parágrafo Único - Em cumprimento às suas obrigações cabe à CONTRATADA, além das constantes nas especificações técnicas dos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos Diplomas Federal, Estadual e Municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1 - Manutenções do quadro de funcionários, para execução dos serviços técnicos, de forma a atender o cumprimento contratual, sobretudo no que se refere à qualidade e prazos, assumindo despesas com salários e encargos sociais de todo o pessoal e serviços, tais como: alimentação, portaria, rouparia, lavanderia, manutenção de equipamentos hospitalares, manutenção de equipamentos eletrônicos, aluguel de equipamentos hospitalares e informática, manutenção predial, manutenção de elevadores, ar condicionado, gerador, abastecimento, distribuição e logística de medicamentos, material de enfermagem e insumos.

2.2 - Apresentar, sempre que solicitado, a relação nominal, com as respectivas cópias dos registros profissionais, e dados de identificação, de todos os funcionários e respectivos horários e cargos.

2.3 - Providenciar junto à Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia o preenchimento da ficha de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos profissionais da CONTRATADA que irão prestar serviço na Unidade, com atualização mensal, incluindo as demissões e admissões de profissionais.

2.4 - Executar o contrato de acordo com as normas, regulamentos e leis municipais, estaduais e federais em vigor, em virtude do que fica a CONTRATANTE isenta de qualquer responsabilidade pelos efeitos do não cumprimento das cláusulas e regulamentos pela CONTRATADA.

2.5 - Apresentar à CONTRATANTE os nomes dos profissionais responsáveis pela coordenação geral dos serviços, para avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, em especial, os nomes do Diretor(a) do Hospital e dos Coordenadores(as) das UPAs e do SAMU.

2.6 - Contar em seu quadro com 01 (um) profissional médico para exercer a função de Diretor Técnico, que deverá cumprir uma carga horária administrativa conforme necessidade da CONTRATADA, sendo remunerado pelo Contrato e devendo desempenhar suas atividades em consonância ao disciplinado pelo CRM, podendo executar plantões desde que não gere conflitos com a carga horária administrativa. Contar, também, com 01 (um) Diretor Clínico, o qual será eleito entre os pares, de acordo com o estabelecido pelo Conselho Regional de Medicina, não sendo este remunerado pelo Contrato, devendo desempenhar suas atividades em consonância ao disciplinado pelo CRM.

2.7 - Apresentar até o décimo dia útil, as informações de faturamento dos serviços (produção), processados e planilhados conforme diretrizes da unidade de avaliação e controle da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia.

2.8 - Para a correta execução dos serviços são necessários também: assistência farmacêutica, nutricional, de enfermagem, administrativa, social, de recepção, controle de acesso, e quando indicados, fornecimento de roupa hospitalar ao paciente; alimentação com observância das dietas prescritas.

2.9 - Gerenciar a manutenção (preventiva e corretiva) da infraestrutura, tais como elevadores, gerador, arsenal tecnológico e de equipamentos biomédicos, mantendo atualizadas as calibrações, quando indicado e obedecendo a cronogramas de manutenção (preventiva e corretiva) preconizados.

2.10 - Planejar, implantar, coordenar e supervisionar atividades de higienização pessoal, de ambientes, equipamentos e utensílios.

2.11 - Sistematizar coleta, fornecimento e distribuição de roupas, atendendo ao perfil e demanda do Hospital, bem como o serviço de lavanderia hospitalar.

2.12 - Providenciar a manutenção e conservação dos equipamentos médicos hospitalares e outros, bem como a manutenção e conservação das instalações elétricas e hidro sanitárias.

2.13 - Buscar estratégias de integração com os serviços da rede de saúde municipal, bem como participar de fóruns e reuniões quando chamadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia para tais finalidades.

2.14 - Participar da definição de fluxos e protocolos que permitam o transitar seguro dos usuários nos diversos pontos de atenção a partir de encaminhamentos adequados, contra referência qualificada e desenvolvimento de sistemas de informação.

2.15 - Informar todas as doenças de notificação compulsórias atendidas nos referidos serviços, mediante o envio da Notificação à Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia, segundo Portaria Estadual SS 20, de 22/02/2006.

2.16 - Implantar e prover todas as condições necessárias ao funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, nos serviços que a requeiram.

2.17 - Implantar Comissão de Revisão de Prontuários de Atendimento, visando avaliar a qualidade dos serviços prestados, conforme determinações do Conselho Federal de Medicina.

2.18 - Implantar Comissão de Avaliação de óbitos, conforme determinações do Conselho Federal de Medicina, fornecendo os dados para o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.19 - Implantar Comissão de Ética Médica nos serviços que a requeiram, conforme determinações do Conselho Federal de Medicina.

2.20 - Implantar Comissão de Ética em Enfermagem, nos serviços que a requeiram, conforme determinações do Conselho Federal de Enfermagem.

2.21- Implantar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

2.22 - Implantar Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;

2.23 - Implantar Comissão de Resíduos.

2.24 - Manter os registros das unidades objeto deste edital e de todos os seus responsáveis técnicos das categorias profissionais atualizados nos respectivos Conselhos de Classe (CREMESP, COREN, CREFITO, CRF, CRN,CRESS).

2.25 - Revisar, sempre que necessário e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia, lista

padronizada de materiais médico-hospitalares, medicamentos, materiais de escritório e impressos utilizados pelo serviço.

2.26 - Manter política de humanização em todos os setores, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e da Política Nacional de humanização do Ministério da Saúde.

2.27 - Elaborar e avaliar rotinas e fluxos criados com o objetivo de reorganizar os processos de trabalho buscando o aumento na qualidade assistencial e a otimização dos recursos, em discussões e validações em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde;

2.28 - Realizar assistência médica de urgência e emergência, assegurando o pronto atendimento em urgência/emergência, consultas, exames, procedimentos clínicos ambulatoriais e terapêuticos, de acordo com as diretrizes do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde.

2.29 - Implantar acolhimento com classificação de risco em todas as portas entrada dos serviços de Urgência municipal, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia e do Ministério da Saúde, imediatamente após celebração do contrato.

2.30 - Atender os requisitos necessários para manter o credenciamento, habilitação e qualificação dos serviços objeto deste edital.

2.31 - Realizar periodicamente reuniões clínicas para aprimorar conhecimentos das equipes médicas e de enfermagem.

2.32 - Normatizar as precauções padrão e rotinas de controle de infecção hospitalar.

2.33 - Propor e desenvolver treinamentos, capacitações e atualizações para a equipe técnica-administrativa e assistencial em parceria com a área de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia.

2.34 - Adotar regulamento próprio para aquisição de bens e serviços, devendo adotar os princípios que regem o uso de recursos públicos: legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade.

2.34.1. A CONTRATADA deverá publicar em até 90 (noventa) dias após a data da assinatura do contrato o seu regulamento de que trata o subitem 6.34.

2.35. A CONTRATADA deve manter cadastro dos usuários e fichas de atendimento que possibilitem o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços. Salientando que deve ser utilizado o mesmo Sistema de Informação utilizado pelo município para todos os cadastramentos e rotinas adotados pelo hospital e serviços de urgência e emergência. Apresentar os relatórios gerenciais na periodicidade definida pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.36. Nas internações de crianças, adolescentes, pessoas com mais de sessenta anos e pessoas com deficiências e necessidades especiais, será assegurada a presença do acompanhante, em tempo integral, sendo feitas as adequações necessárias para tal finalidade.

2.37. Permitir, de acordo com a rotina do serviço, visita diária a pacientes internados, por período mínimo de duas horas, quando for o caso.

2.38. Manter sempre atualizado o controle da ficha de atendimento médico dos pacientes e os arquivos médicos.

2.39. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto pesquisas científicas aprovadas pelo Comitê de Ética do Município.

2.40. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

2.41. Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição, incluindo o logotipo do SUS e do Município de Hortolândia/Secretaria Municipal de Saúde, em todos os impressos e materiais de comunicação interna e externa do Hospital.

2.42. Afixar relação atualizada diariamente, em local visível, da equipe médica em cada uma das unidades de serviços do Hospital e das UPAS.

2.43. Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não

realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato.

2.44. Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de trinta (30) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

2.45. Providenciar espaço físico na cidade de Hortolândia para realização dos trabalhos administrativos da Organização Social no prazo de 30(trinta) dias após a data de assinatura do contrato.

2.46. Providenciar a abertura do CNPJ com endereço neste município no prazo de 30 (trinta) dias após a data de assinatura do contrato.

2.47. Para a prestação de contas, a CONTRATADA deverá disponibilizar de um sistema web remoto a disposição da fiscalização de avaliação e acompanhamento desta municipalidade.

2.48. A CONTRATADA deverá publicar em até 90 (noventa) dias após a data de assinatura do contrato, seu plano de cargos, carreiras e salários de seus empregados.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Parágrafo Único - Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

I - Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

II - Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes aos da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;

III - Permitir o uso dos bens móveis e imóveis;

IV - Inventariar e apurar a condição de uso, estado e conservação dos bens para atualização do Termo de Permissão de Uso, o qual deverá ser firmado em até 30 dias após a assinatura do Contrato;

V - Receber e analisar a prestação de contas da CONTRATADA e, havendo eventuais irregularidades, conceder prazo para correções e na ausência da devida regularização, suspender novos repasses até que seja sanada a irregularidade.

CLÁUSULA QUARTA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

Parágrafo primeiro - O presente Contrato será gerido pela Secretaria Municipal de Saúde e acompanhado e fiscalizado por uma Comissão de Acompanhamento, a qual fará, a cada período de 04 (quatro) meses, a consolidação e análise do desenvolvimento das atividades inerentes ao quadrimestre, elaborando relatório circunstanciado para avaliação da execução contratual, das metas e indicadores pactuados.

Parágrafo segundo - A Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão referida no item anterior poderá contar com a assistência de equipe técnicae emitirá relatório conclusivo sobre a avaliação do desempenho da CONTRATADA;

Parágrafo terceiro - A Comissão solicitará a apresentação pela CONTRATADA, ao término de cada exercício, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, promovendo as devidas publicações no Diário Oficial do Município e Portal da Transparência Municipal.

Parágrafo quarto - A Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão referida, além dos relatórios, deverá elaborar relatório conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da CONTRATADA, quando for o caso.

Parágrafo quinto - Os responsáveis pelo acompanhamento da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Secretário de Saúde.

CLAUSULA QUINTA – DA APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

Parágrafo primeiro - As prestações de contas da CONTRATADA devem compor de: Inscrição do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, Certidão Negativa de Débidos – CND (FGTS, Previdência, Receita Federal, Trabalhista, Municipal), informações fiscais, contábeis, administrativas e de produção

assistencial, contendo as metas eindicadores, extrato bancário (conta corrente e aplicação), Anexo X-B (confrontando despesa prevista com a realizada), Quadro de Pessoal por componente, contendo:área, cargos, quantidade e salários, Quadro de Sevidores Cedidos, contendo área, cargo e função exercida na Organização Social e quantidade.

Parágrafo segundo - Até o último dia útil do mês subsequente à realização do serviço, a CONTRATADA deverá encaminhar as informações de produção das atividades assistenciais e financeiras realizadas no mês anterior.

Parágrafo terceiro - As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nos sistemas informatizados oficiais do DATASUS (SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH - Sistema de Informações Hospitalares, SISMAMA, ESUS, etc.) ou outros que vierem a substituí-los, e de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

Parágrafo quarto - A CONTRATADA deverá apresentar a prestação de contas mensal e quadrimestral (consolidada) até o 20º (vigésimo) dia do mês seguinte, disponibilizando informações fiscais e contábeis, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos, além daquelas relativas à produção assistencial e de indicadores, devendo ser encaminhadas em meio físico e eletrônico online, conforme definido pela CONTRATANTE, e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

Parágrafo quinto - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

Parágrafo sexto - As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data, ateste e aassinatura de seu responsável.

Parágrafo sétimo - Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do CONTRATO DE GESTÃO;

Parágrafo oitavo -Os demonstrativos abaixo relacionados deverão ser preenchidos em planilhas Excel pela CONTRATADA e mensalmente encaminhados à CONTRATANTE, de forma física e eletrônica, junto a prestação de contas, até o 20º (vigésimo) dia do mês seguinte:

A. Demonstrativo Financeiro Consolidado;
B. Demonstrativo de Despesas Provisionadas;
C. Demonstrativo de Despesas Realizadas;
D. Demonstrativo de Despesa prevista comparada com a realizada, conforme plano de trabalho, mensal e consolidado;
E. Relação de Quadro de Funcionário contendo área, cargo, quantidade e salário;
F. Relação de Funcionários Cedidos contendo área, cargo, quantidade e função exercida na Organização Social.

Parágrafo nono - A CONTRATADA deverá prestar contas nos termos da Instrução Normativa nº 01/2016, com consolidações na Instrução Normativa nº 02/2016 – Área Municipal do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de janeiro do ano subsequente ao início da vigência do Contrato de Gestão, com todos os documentos relacionados nas referidas Instruções Normativas, em ordem cronológica.

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

Parágrafo único - O prazo de vigência contratual será de 12 (doze) meses, a contar da data de emissão da Ordem de Serviço. A Ordem de Serviço será expedida no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias da assinatura do Contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA EXECUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Parágrafo primeiro – O valor global estimado do presente Contrato é de **R$ 137.994.747,96 (cento e trinta e sete milhões, novecentos e noventa e quatro mil, setecentos e quarenta e sete reais e noventa e seis centavos)**, cujos repasses serão mensais, de acordo com o Cronograma de Desembolso.

I - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor corresponde ao exercício financeiro de 2022 as despesas correrão por conta de dotação orçamentária própria, consignada no respectivo orçamento-programa.

II - O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

Parágrafo segundo - Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação se revertam, exclusivamente, aos objetivos deste contrato de gestão, ficando a CONTRATADA responsável por eventual perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro.

Parágrafo terceiro - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente contrato de gestão pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da CONTRATADA, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

Parágrafo quarto – A CONTRATADA deverá providenciar a abertura de número de Cadastro de Pessoa Física – CNPJ Filial para realizar todas as operações administrativas, contáveis e financeiras pertinentes à execução do presente Contrato.

Parágrafo quinto - A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

Parágrafo sexto - Os valores pactuados neste contrato serão analisados pela CONTRATANTE, anualmente, tomando-se como base as metas e desempenho assistenciais e despesas relacionadas com o objetivo de avaliar o seu equilíbrio.

Parágrafo sétimo – A revisão indicada no parágrafo anterior deverá considerar os índices de reajuste das categorias profissionais vinculadas ao Contrato de Gestão e seu impacto no equilíbrio do Contrato, podendo ser promovidos ajustes em função dos dissídios e respectivos impactos financeiros.

Parágrafo oitavo – Não é aplicável o instituto do reajuste de preços dada à natureza jurídica do contrato de gestão.

Parágrafo Nono – Se necessário, contratante poderá providenciar reforço orçamentário, devidamente justificado, com o intuito de atingir a meta de trabalho inicialmente fixada.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parágrafo primeiro – Os repasses financeiros serão efetuados conforme valores por Componente de Serviços, indicados no Cronograma de Desembolso abaixo, sendo estimado para os próximos 12 (doze) meses, o valor de **R$ 137.994.747,96 (cento e trinta e sete milhões, novecentos e noventa e quatro mil,**

setecentos e quarenta e sete reais e noventa e seis centavos), compondo-se da seguinte forma:

I- Componente da Atenção Hospitalar – Custeio da manutenção e funcionamento do **HOSPITAL MÁRIO COVAS** e **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, no valor programado de R$ 133.213.803,96(cento e trinta e três milhões e duzentos e treze mil e oitocentos e três reais e noventa e seis centavos);

II – Componente da **ATENÇÃO PRIMÁRIA**, no valor programado de R$ 2.082.366,72 (dois milhões e oitenta e dois mil e trezentos e sessenta e seis reais e setenta e dois centavos);

III – Componente da **ATENÇÃO ESPECIALIZADA**, no valor de R$ 2.698.577,28 (dois milhões e seiscentos e noventa oito mil e quinhentos e setenta e sete reais e vinte e oito centavos).

Componente	**VALOR PARA 12 MESES**
COMPONETE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	R$ 133.213.803,96
COMPONENTE ATENÇÃO PRIMÁRIA	R$ 2.082.366,72
COMPONENTE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R$ 2.698.577,28
Repasse Total	R$ 137.994.747,96

Parágrafo segundo - Os repasses à CONTRATADA serão efetuados de forma antecipada até o 5º (quinto) dia do mês de execução, mediante crédito em conta corrente específica destinada a movimentação dos recursos.

Parágrafo terceiro – Os repasses programados estão vinculados ao efetivo cumprimento das normas e pactuações relativas a execução dos serviços, incluindo o desempenho de metas e indicadores descritos no Anexo I do Edital que faz parte integrante deste Contrato.

I – Para os valores do Componente Rede de Saúde, os repasses poderão ser ajustados de acordo com o cronograma de implantação das ações de saúde e disponibilidade orçamentária.

Parágrafo quarto - A cada (três) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva do desempenho obtido no trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho obtidos, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Contrato de Gestão.

Parágrafo quinto - Da análise referida no item anterior, poderão resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro.

I – Eventuais alterações no número de servidores cedidos que tenham impacto nas despesas da CONTRATADA serão acompanhadas e analisada nos mesmos períodos previstos no parágrafo sexto da Cláusula Sexta.

Parágrafo sétimo - A análise referida no item anterior não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificamas atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se as condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

Parágrafo oitavo - Nos casos de eventuais atrasos nos repasses financeiros, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, o valor devido deverá ser acrescido de encargos moratórios proporcionais aos dias de atraso, apurados desde a data limite prevista para o pagamento até a data do efetivo pagamento, à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, aplicando-se a seguinte fórmula:

$$EM = I \times N \times VP$$

EM = Encargos Moratórios a serem acrescidos ao valor originalmente devido.

I = Índice de atualização financeira, calculado segundo a fórmula:

$$I = \frac{6}{100}$$

N= Número de dias entre a data limite prevista para o pagamento e a data do efetivo pagamento.

VP= Valor da parcela em atraso.

Parágrafo nono - Poderá a CONTRATADA realizar adiantamentos com recursos próprios para o cumprimento das obrigações assumidas junto a fornecedores e prestadores de serviços nos casos dos atrasos previstos no Parágrafo Oitavo.

Parágrafo décimo - O ressarcimento dos adiantamentos de que trata o parágrafo anterior será efetuado com recursos financeiros do repasse imediatamente subsequente à sua realização.

CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Parágrafo único - As metas pactuadas e os recursos financeiros poderão ser alterados, parcial ou totalmente, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que prévia e devidamente justificada, antes do término da vigência contratual, através de Termo Aditivo, que será precedido de justificativa, por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambas as partes, autorizado pela autoridade competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

Parágrafo primeiro - A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/1993 e alterações posteriores.

Parágrafo segundo - Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, a CONTRATANTE providenciará a imediata revogação do termo de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA,não cabendo a esta última direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no art. 79, § 2º, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Parágrafo terceiro - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, esta obriga-se a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados por um prazo mínimo de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data da denúncia.

Parágrafo quarto - A CONTRATADA terá o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

Parágrafo quinto - A CONTRATANTE, em qualquer hipótese de extinção do contrato sem culpa da CONTRATADA, repassará a esta última o valor correspondente aos custos de desmobilização, inclusive os correspondentes às verbas rescisórias dos contratos de trabalho celebrados para manutenção dos recursos humanos necessários à execução deste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

Parágrafo primeiro - São aplicáveis as sanções previstas no Decreto Municipal n.º 4.309/2019, de 28 de novembro de 2019.

Parágrafo segundo - As pessoas jurídicas serão responsabilizadas objetivamente, nos âmbitos administrativo e civil, pela prática de atos lesivos contra a Administração Pública, nos termos da Lei nº 12.846/2013.

Parágrafo quarto - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA UTILIZAÇÃO DOS BENS E DO ESPAÇO PÚBLICO

Parágrafo primeiro - A CONTRATADA deverá submeter à aprovação prévia da CONTRATANTE todos os projetos que impliquem no uso de espaços internos dos bens imóveis, prédios ou terrenos, objeto deste Contrato de Gestão.

Parágrafo segundo - Com a finalidade exclusiva de viabilizar e regular a perfeita execução do objeto contratual, a CONTRATANTE destinará à CONTRATADA bens móveis e bens imóveis, através da celebração de Termo de Permissão de Uso.

Parágrafo terceiro - A destinação de bens será precedida de inventário e avaliação, concluído em até 30 dias após a assinatura do Contrato.

Parágrafo quarto - A CONTRATADA se responsabiliza pela guarda e vigilância dos bens cujo uso lhe é permitido, mantendo-os em perfeito estado de conservação, asseio, higiene e limpeza, sem que isso lhe gere qualquer direito de retenção ou indenização, de modo a devolvê-los no estado em que os recebeu, findo o prazo do contrato, ressalvadas eventuais deteriorações decorrentes do uso normal, bem como ressarcir a CONTRATANTE pelo extravio ou danos por ato de seus prepostos ou representantes, tendo como parâmetro a avaliação prévia dos bens cujo laudo fará parte integrante do Termo de Permissão de Uso, ou o valor de mercado atualizado, a critério da Administração, além de preservar a plaqueta de registro patrimonial.

Parágrafo quinto - A CONTRATADA compromete-se, ainda, a utilizá-los exclusivamente na execução do objeto contratado, sendo vedado ceder, locar sob qualquer título, transferi-los para terceiros, ou para outra unidade administrada pela CONTRATADA sob pena de caracterizar inadimplemento contratual.

Parágrafo sexto - Nas hipóteses de desqualificação, extinção da entidade e de rescisão contratual, haverá reversão dos bens à Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia cujo uso fora permitido à CONTRATADA, bem como aqueles eventualmente adquiridos com os recursos a ela repassados, juntamente com o saldo de recursos financeiros existente na conta corrente.

Parágrafo sétimo -A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada a Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e quenão mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Parágrafo primeiro - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo segundo - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

Parágrafo terceiro - É vedada à cessão total ou parcial do contrato de gestão pela CONTRATADA;

Parágrafo quarto - O atendimento a ser prestado é exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo quinto - Os Conselheiros da CONTRATADA não poderão exercer outra atividade remunerada, com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Parágrafo sexto - A CONTRATANTE disponibilizará na rede pública de dados relatório pertinente à execução do contrato

de gestão, contendo as metas propostas e os resultados alcançados, incluindo a prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Parágrafo sétimo – A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes, bem como pelos danos causados à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato de gestão, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização pelo Órgão interessado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

Parágrafo Único - O contrato de gestão será publicado na imprensa oficial, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

Parágrafo único - Fica eleito o Foro da Comarca de Hortolândia, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Hortolândia, 03 de novembro de 2022.

DENIS ANDRE JOSE CRUPE:15271680851 Assinado de forma digital por DENIS ANDRE JOSE CRUPE:15271680851 Dados: 2022.11.03 17:09:44 -03'00'

MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DÊNIS ANDRÉ JOSÉ CRUPE
Contratante

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

Organização Social - BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Diretoria Executiva Provedor
Roberto Gonella Júnior
Contratada

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 18/12/2023

CNES: 2087715 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL GOVERNADOR MARIO CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLANDIA Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA OSVALDO RIBEIRO CARRILHO Número: 10 Complemento: --

Bairro: JAD MIRANTE DE SUMAR Município: 351907 - HORTOLANDIA UF: SP

CEP: 13186-482 Telefone: (19)3809-5100 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 207

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MARCILIO DE ALMEIDA COELHO

Cadastrado em: 09/08/2003 Atualização na base local: 05/12/2023 Última atualização Nacional: 15/12/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 012 - ATENCAO BASICA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA
03 - GESTAO DA SAUDE > 023 - REGULACAO ASSISTENCIAL

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	6	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	5

SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	6
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	2	6
AMBULATORIAL		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	12
LEITOS RN PATOLOGICO	0	2
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
SALA DE RECUPERACAO	1	5

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO

NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
165	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
104	REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
111	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ETICA MEDICA
REVISAO DE PRONTUARIOS

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
165 - 001	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO

165 - 008	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	COLETA DE VESTIGIOS DE VIOLENCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	9453040
111 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2823020
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	2823020
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	9453040
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2823020
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	2823020
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	9453040
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	2823020
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	9453040
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	2823020
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9453040
145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	SIM	2823020

145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	SIM	9453040
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	2823020
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9453040
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	2823020
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	9453040
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	2823020
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	9453040
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	2823020
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	9453040
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	2823020
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	9453040
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
104 - 001	REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE	REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
DETECTOR FETAL PORTATIL	1	1	SIM
KIT DERMATOSCOPIA	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Raio X mais de 500mA	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
ULTRASSOM PORTATIL	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	41	41	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	4	4	SIM
Bomba de Infusao	27	27	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Equipamento de Fototerapia	2	2	SIM

Incubadora	3	3	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	34	34	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	25	13	SIM
Respirador/Ventilador	17	17	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	5	5	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Bomba/Balao Intra-Aortico	1	1	SIM
Endoscopio Digestivo	2	2	SIM
HISTEROSCOPIO	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	1	0	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Bomba de Infusao de Hemoderivados	4	4	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	3	0
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	6	6
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	3	3
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	25	25
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	18	18
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	3	3

Mantenedora

Nome	CNPJ	Logradouro
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLANDIA		RUA JOSE CLAUDIO ALVES DOS SANTOS

Bairro	Número	Complemento	CEP	Município	UF
REMANSO CAMPINEIRO	585		13184472	HORTOLANDIA	SP

Telefone	Região de Saúde	Agência	Conta Corrente
19 39651400	207	15938	580406

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	03/2022	99/9999	3280/GM/MS	15/08/2022	10	17/08/2022	29/03/2022

Habilitações - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	03/2022	99/9999	3280/GM/MS	15/08/2022	8/17/22 12:00 AM	Alterado	10
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	03/2022	10/2022	3195/GM/MS	02/08/2022	8/4/22 12:00 AM	Alterado	10
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	03/2022	07/2022	220/GM/MS	21/01/2022	3/29/22 12:00 AM	Desabilitado	10
2612	UTI II ADULTO - SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19	NACIONAL	05/2020	07/2020	PT GM Nº 1424	27/05/2020	9/1/20 3:33 AM	Desabilitado	10
2612	UTI II ADULTO - SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19	NACIONAL	03/2021	01/2022	88/GM/MS	19/01/2022	1/20/22 12:00 AM	Desabilitado	
2612	UTI II ADULTO - SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19	NACIONAL	05/2020	07/2020	PT GM Nº 1424	27/05/2020	5/28/20 12:00 AM	Desabilitado	10
2612	UTI II ADULTO - SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19	NACIONAL	03/2021	99/9999	557/GM/MS	26/03/2021	3/29/21 12:00 AM	Desabilitado	7

Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8271	ENFERMARIA CLINICA DE RETAGUARDA - NOVOS	01/2014	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	5	10/06/2021

Incentivos - Histórico

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8215	Enfermaria Clínica de Retaguarda	NACIONAL	03/2012	06/2021	GM/MS nº 1.277	20/6/2012	7/13/21 3:34 AM	Desabilitado	5

			Competência		Portaria		Operação		
Código	Descrição	Origem	Inicial	Final	Número	Data	Data	Tipo	Leitos
8215	Enfermaria Clínica de Retaguarda	NACIONAL	03/2012	06/2021	GM/MS nº 1.277	20/6/2012	10/29/12 12:00 AM	Habilitado	5

Equipes

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins que o Hospital Municipal e Maternidade Mario Covas, situado no Município de Hortolândia, objeto do Contrato de Gestão nº 627/2022, Processo nº 4200/2022 assinado em decorrência da Chamada Pública nº 03/ 2022, possui 103 leitos em pleno funcionamento, conforme consta no Edital de Chamada Pública nº 03/ 2022, que pode ser consultado no link:

http://transparencia.hortolandia.sp.gov.br/transparencia/licitacao/910/mostrar

Cesário Lange, 1 de abril de 2024

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
ROBERTO GONELLA JÚNIOR
PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F004-7C49-F065-040C.

ımento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
icar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F004-7C49-F065-040C.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://izisign.com.br/Verificar/F004-7C49-F065-040C ou vá até o site https://izisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F004-7C49-F065-040C

Hash do Documento

84E748804F9D0B93453ABA127525A3740ED66F252E15CBFB02F65AAD384BB98E

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 22/03/2024 é(são) :

☑ roberto Gonella Júnior - 048.461.708-70 em 21/03/2024 16:45 UTC-03:00

Nome no certificado: Roberto Gonella Junior

Tipo: Certificado Digital

Hospital Dona Latifa

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 00.103.044/0001-47, com sede na Rua Presidente Getúlio Vargas, nº 839, Centro, CEP: 75.400-000, Inhumas- Goiás, representada por **JORJETE TOME SAHIUM,** brasileira, viúva, empresária, residente e domiciliada à Av. Wilson Quirino de Andrade, no 1929, Centro, Inhumas - GO, inscrita no CPF sob o nº 282.993.611-68, **RECONHECE e ATESTA** que **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor ROBERTO GONELLA JÚNIOR, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, EXECUTOU EM COOPERAÇÃO TÉCNICA desde 03/02/2011 até 03/02/2016, Termo de Cooperação Técnica com objeto de a cooperação para gestão, administração e execução das atividades da Contratante, referente à toda sua capacidade instalada (Alta Complexidade), bem como em relação à eventuais pactuações realizadas com pessoas jurídicas de direito público e privado, com disponibilização de recursos materiais e humanos.

Atestamos que em razão da cooperação técnica, a Contratada executou/manteve os seguintes serviços:

PRODUÇÃO (atendimentos)	TOTAL (60 meses)
PRONTO SOCORRO GERAL (atendimento médico em urgência/emergência)	545.806
INTERNAÇÕES (incluso cirúrgicas)	21.738
CIRURGIAS	3.859
PARTOS	9.756

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864

Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-1
07/2022 12:13:37
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71978-LD85;

833 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

INTERNAÇÕES UTI	2.884
RAIO X	**163.227**
ULTRASSONOGRAFIA	**57.920**
ECOCARDIOGRAMA	**16.514**
TOMOGRAFIA	**55.218**
MANUTENÇÃO DE CAPACIDA INSTALADA	**QTDE**
LEITOS CLÍNICA CIRÚRGICA	30
LEITOS CLÍNICA CARDIOLÓGICA	08
LEITOS CLÍNICA MÉDICA	18
LEITOS OBSTÉTRICOS	17
LEITOS PEDIATRIA CLÍNICA	14
LEITOS DE ISOLAMENTO	04
LEITOS UTI	10
CONSULTÓRIOS	10
SALA DE EMERGÊNCIA	13
SALA DE RETARGUARDA	1
SALA DE PRÉ PARTO	1
SALA DE PARTO NORMAL	1
SALA DE CIRURGIA	6
FARMÁCIA	1

Registramos, ainda, que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho gerencial e operacional, tendo a contratada

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864

Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-2
07/2022 12:13:37
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71979-LD3Y;

834 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

cumprido fielmente com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone tecnicamente.

ATESTAMOS que a execução do contrato celebrado por parte da entidade foi feita por seus profissionais e supervisionada por seu Provedor Roberto Gonella Júnior.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Inhumas/GO, 05 de fevereiro de 2016.

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA
CONTRATANTE

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-3
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71980-ZKLT;

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

Hospital Dona Latifa

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS
TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 00.103.044/0001-47, com sede na Rua Presidente Getúlio Vargas, nº 839, Centro, CEP: 75.400-000, Inhumas- Goiás, representada por **JORJETE TOME SAHIUM** brasileira, viúva, empresária, residente e domiciliada à Av. Wilson Quirino de Andrade, no 1929, Centro, Inhumas - GO, inscrita no CPF sob o nº 282.993.611-68, doravante denominado apenas **Contratante**; e

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, doravante denominada **Contratada**, as quais celebram o presente Termo de Cooperação Técnica, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1 - O presente Termo de Cooperação Técnica tem como objeto, a cooperação para gestão, administração e execução das atividades da Contratante, referente à toda sua capacidade instalada, bem como em relação à eventuais pactuações realizadas com pessoas jurídicas de direito público e privado, com disponibilização de recursos materiais e humanos, nos moldes do presente termo de cooperação técnica.

1.2 - O objeto contratual deverá atingir o fim que se destina, com eficácia e qualidade exigidas.

1.4 – O presente Contrato tem prazo de vigência de 60 (sessenta) meses, contados de sua assinatura, podendo ser renovado mediante termo aditivo.

CLAUSULA SEGUNDA: FORMA DE EXECUÇÃO

2.1 - Para a execução do presente Termo de Cooperação, as partes obrigam-se mutuamente, dentro das respectivas responsabilidades, a proporcionar apoio técnico, administrativo e operacional às ações e serviços de saúde desenvolvidas, nos termos da proposta apresentada pela **Contratada**.

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-4
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71981-40XT;

836 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

2.2 - As atividades de que trata cláusula primeira serão desenvolvidas por pessoal técnico capacitado da **Contratada,** sendo de sua responsabilidade o suporte técnico e operacional em todas as atividades de saúde na qual se ativa a Contratante, devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 – A **Contratada** deverá executar este Termo de Cooperação Técnica com plena observância as legislações de regência Federais, Estaduais e Municipais, bem como das diretrizes técnicas específica a cada plano de trabalho elaborado, cabendo – lhe:

I - Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

II - Comunicar à **Contratante**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

III - Responder pelos serviços que executar, na forma da legislação aplicável;

IV - Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

V Assegurar a organização, administração e gestão da, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional;

VI Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

1) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

2) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

3) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

4) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos;

5) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864

Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-5
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71982-Y69R;

837 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução do presente Termo de Cooperação, a **Contratante** compromete-se a:

4.1 – Disponibilizar à **Contratada** os meios necessários à execução do objeto deste Termo de Cooperação.

4.2 – Garantir os recursos financeiros necessários para a execução do objeto deste Termo de Cooperação, observadas as disposições deste instrumento e de acordo com suas disponibilidades financeiras e orçamentárias.

CLÁUSULA QUINTA: DA SANÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

5.1 - A inobservância, pela **Contratada** de cláusula ou obrigação constante deste Termo de Cooperação autorizará a **Contratante** a aplicar em cada caso, com observância do direito e ampla defesa, as sanções devidas, bem como a rescisão contratual se este for o caso.

5.2.A rescisão do poderá ser efetivada:

I - Por ato unilateral da **Contratante,** na hipótese de descumprimento, por parte da **Contratada**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - Por acordo entre as partes reduzido a termo.

5.3. - A ocorrência de infração contratual sujeita a **Contratada**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, às seguintes penalidades:

a) Advertência Escrita;

5.4. – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

CLÁUSULA SEXTA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Para atender ao dispositivo neste Termo de Cooperação, a **Contratada** declara que:
a) Dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda integrante deste Termo de Cooperação;

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/180992107222856316864
Autenticação Digital Código: 180992107222856316864-6
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71983-XP8L;
838 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
CNS: 06.870-0
Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente
TJPB
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) Não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este Termo de Cooperação Técnica.

6.2 - É vedada a cessão total ou parcial do presente Termo de Cooperação.

CLÁUSULA SÉTIMA: DO FORO

7.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Inhumas, Estado de Goiás, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Termo de Cooperação Técnica e seus aditivos, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, composto de 4 folhas, numeradas de 1 a 4, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo.

Inhumas/GO, 03 de fevereiro de 2011.

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DONA LATIFA
CONTRATANTE

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR CESÁRIO LANGE
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Assinado de forma digital por BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Dados: 2022.07.21 11:27:07 -03'00'

NOME:
RG:
CPF:

NOME:
RG:
CPF:

Rua Getúlio Vargas, 839 – Setor Central – Inhumas – GO
Telefone: (062) 3511-1021

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quinta-feira, 21 de julho de 2022 12:22:02 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099210722285631686 4

Autenticação Digital Código: 18099210722285631686 4-7
07/2022 12:13:38
al do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANG71984-1NK6;

839 Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1400
Torre, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

CNS: 06.870-0

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1400 Torre 58040-000, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **22/07/2022 13:29:27 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]Código de Autenticação Digital: 180992107222856316864-1 a 180992107222856316864-7
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05bfcc629e5579c438a02846b45838e7f03a6995f7413f1a4e07cdac791fe34841f32fedab8ecad412722054c197cb215f6c4896e2b7f31bdb285363d1ef8ce327e

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/07/2022

CNES: 6228585 Nome Fantasia: CENTRO MEDICO HOSPITALAR DONA LATIFA CNPJ: 00.103.044/0001-47

Nome Empresarial: CENTRO MEDICO INHUMAS LTDA Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: RUA PRESIDENTE GETULIO VARGAS Número: 839 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 521000 - INHUMAS UF: GO

CEP: 75400-000 Telefone: (06)2511-1021 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: REINALDO ELIAS DE SOUZA 20/08/2018

Cadastrado em: 11/05/2009 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 29/01/2019

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	4	0
UTI ADULTO - TIPO II	11	9
ESPEC - CIRURGICO		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	10	4
CIRURGIA GERAL	8	3
GINECOLOGIA	12	5
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	8	3
CLINICA GERAL	18	7
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	8	3
OBSTETRICIA CLINICA	9	3
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	10	3
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	14	5

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

MUNICÍPIO DE HORTOLÂNDIA **(FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)**, com sede na cidade de Hortolândia/SP, à Rua José Cláudio Alves dos Santos, nº 585, Remanso Campineiro, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob n° 13.843.145/0001-04, **ATESTA**, para os devidos fins, que a empresa **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, inscrita no CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social de Saúde neste município através do Decreto nº 4.561/2020, executa desde 01.12.2022 Contrato de Gestão nº 627/2022, proveniente do Processo Administrativo nº 4.200/2022.

Objeto do Contrato: Apoio técnico, gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde do município, nos Componentes da Atenção Hospitalar, da Urgência e Emergência e Rede de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, para assegurar assistência integral e gratuita à população, no município de Hortolândia, Estado de São Paulo.

Equipamentos de Saúde Gerenciados:

Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas
Endereço: R. Osvaldo Ribeiro Carrilho, 10 - Jardim Mirante de Sumare, Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Amanda"
Endereço: R. Washington Luis, 1066 - Jd Amanda II, Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Nova Hortolândia Manoel Georgino"
Endereço: R. José Marlin dos Anjos, 185 - Jd Nova Hortolândia - Hortolândia - SP

UPA 24 Horas "Rosolém José Pereira Amorim"
Endereço: R. Orlando Pavan, 395 - Jd Rosolém - Hortolândia - SP

SAMU 24 Horas Regional
Endereço: Marginal, 477 - Jd Green Park - Hortolândia – SP

Metas Quantitativas Pactuadas e Executadas:
Anexo I – Janeiro a dezembro de 2023.
Anexo II – Janeiro a maio de 2024.

Declaramos, ainda, que a execução da pactuação apresenta até a presente, tendo a contratada cumprido com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone.

Hortolândia, 16 de julho de 2024.

Denis André José Crupe
Secretário Municipal de Saúde do Município de Hortolândia

Prefeitura Municipal de Hortolândia
Secretaria de Saúde
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 13.843.145/0001-04
Email: saudecompras@hortolandia.sp.gov.br
(19) 3965-1400 - ramais 8670 - 8624

Dênis André José Crupe
Secretário Municipal de Saúde

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Anexo I

Janeiro a dezembro de 2023

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

METAS QUANTITATIVAS COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CG 627/2022 HORTOLÂNDIA/2023

HMMMC

1 - INTERNAÇÕES

METAS QUANTITATIVAS	INDICADOR	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
		CLINICA GERAL	94	81,74%	95	82,61%	113	98,26%	95	82,61%	122	106,09%	143	124,35%	126	109,57%	93	80,87%	105	91,30%	99	86,09%	93	80,87%	83	72,17%	105	115	91%
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	66	132,00%	64	128,00%	68	136,00%	56	112,00%	63	126,00%	66	132,00%	65	130,00%	49	98,00%	59	118,00%	74	148,00%	76	152,00%	51	102,00%	63	50	126%
		MATERNIDADE	122	81,33%	162	108,00%	132	88,00%	131	87,33%	114	76,00%	136	90,67%	108	72,00%	91	60,67%	113	75,33%	99	66,00%	89	59,33%	117	78,00%	118	150	79%
		PEDIATRIA	19	54,29%	39	111,43%	50	142,86%	38	108,57%	38	108,57%	30	85,71%	34	97,14%	35	100,00%	32	91,43%	39	111,43%	27	77,14%	32	91,43%	34	35	98%
		CIRURGIA GERAL (EXCETO PARTO)	62	51,67%	67	55,83%	66	55,00%	62	51,67%	80	66,67%	92	76,67%	83	69,17%	71	59,17%	76	63,33%	89	74,17%	79	65,83%	88	73,33%	76	120	64%
		UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA		96,66%		100,00%		93,15%		100,00%		98,00%		110,00%		92,75%		91,30%		94,20%		92,75%		86,98%		97,00%		80,00%	495833%	
	TOTAL		363	77,23%	427	90,85%	429	91,28%	382	81,28%	417	88,72%	467	99,36%	416	88,51%	339	72,13%	385	81,91%	400	85,11%	364	77,45%	371	78,94%	397	470	84,40%

2 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CONSULTAS	INDICADOR	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
		CLINICA GERAL	6919	92,25%	6890	91,87%	7967	106,23%	7147	95,29%	7711	102,81%	7181	95,75%	6835	91,13%	6809	90,79%	6674	88,99%	7176	95,68%	6971	92,95%	6733	89,77%	7084	7500	94,46%
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1309	72,72%	1312	72,89%	1423	79,06%	1220	67,78%	1280	71,11%	1216	67,56%	1240	68,89%	1401	77,83%	1324	73,56%	1495	83,06%	1371	76,17%	1257	69,83%	1321	1800	73,37%
		GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1175	78,33%	1291	86,07%	1422	94,80%	1233	82,20%	1281	85,40%	1210	80,67%	1162	77,47%	1217	81,13%	1198	79,87%	1191	79,40%	1185	79,00%	1269	84,60%	1236	1500	82,41%
		PEDIATRIA	118	118,00%	128	128,00%	149	149,00%	120	120,00%	109	109,00%	85	85,00%	114	114,00%	126	126,00%	95	95,00%	122	122,00%	106	106,00%	89	89,00%	113	100	113,42%
		CIRURGIA GERAL	324	69,83%	331	71,34%	420	90,52%	322	69,40%	368	79,31%	335	72,20%	377	81,25%	400	86,21%	331	71,34%	444	95,69%	424	91,38%	364	78,45%	370	464	79,74%
	TOTAL		9845	86,63%	9952	87,57%	11381	100,15%	10042	88,37%	10749	94,59%	10027	88,23%	9728	85,60%	9953	87,58%	9622	84,67%	10428	91,76%	10057	88,50%	9712	85,46%	10125	11364	89,09%

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SA

SADT HM/MMC	INDICADOR	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
		ELETROCARDIOGRAMA	446	278,75%	345	215,63%	277	173,13%	415	259,38%	300	187,50%	436	272,50%	415	259,38%	464	290,00%	466	291,25%	334	209%	323	201,88%	436	272,50%	388	160	242,55%
		RADIOGRAFIA	3012	83,67%	3010	83,61%	3028	84,11%	3122	86,72%	3160	87,78%	3282	91,17%	3225	89,58%	3235	89,86%	3264	90,67%	3468	96%	3491	96,97%	3454	95,94%	3229	3600	89,70%
		ULTRASSONOGRAFIA	391	217,22%	356	197,78%	393	218,33%	483	268,33%	397	220,56%	384	213,33%	343	190,56%	423	235,00%	377	209,44%	428	238%	404	224,44%	449	249,44%	402	180	223,52%
		ANALISES CLINICAS	13278	78,11%	15265	89,79%	18384	108,14%	16400	96,47%	18331	107,83%	16570	97,47%	17172	101,01%	16634	97,85%	15663	92,14%	16173	95%	15243	89,66%	16350	96,18%	16289	17000	95,82%
		LABORATORIAIS	218	109,00%	124	62,00%	115	57,50%	151	75,50%	169	84,50%	130	65,00%	136	68,00%	181	90,50%	180	90,00%	106	53%	91	45,50%	140	70,00%	145	200	72,54%
		ENDOSCOPIA	113	113,00%	99	99,00%	96	96,00%	98	98,00%	116	116,00%	90	90,00%	88	88,00%	127	127,00%	100	100,00%	128	128%	87	87,00%	72	72,00%	101	100	101,17%
		COLONOSCOPIA	300	20,00%	406	27,07%	558	37,20%	609	40,60%	828	55,20%	808	53,87%	870	58,00%	808	53,87%	764	50,93%	905	60%	685	45,67%	838	55,87%	693	1500	46,20%
	TOTAL		17758	78,09%	19605	86,21%	22851	100,49%	21278	93,57%	23301	102,47%	21700	95,43%	22249	97,84%	21809	95,91%	20814	91,53%	21542	94,73%	20324	89,38%	21739	95,60%	21248	22740	93,44%

4 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UPA ROSOLÉM

UPA JOSÉ PEREIRA DE AMORIM - ROSOLÉM	UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	UPA ROSOLÉM	CLINICA GERAL	6.766		7.032		6.765		8.156		8.980		7.909		7.564		7.735		7.203		8.017		7.748		7.269		7.595	****	
		PEDIATRIA	1.449		2.645		3.599		3.421		3.826		3.205		2.078		2.762		2.540		2.793		2.412		1.913		2.720	****	
		EMERGÊNCIA	248		268		254		266		304		284		268		269		274		228		249		166		257	****	
	TOTAL		8.463	116,73%	9.945	137,17%	10.618	146,46%	11.843	163,35%	13.110	180,83%	11.398	157,21%	9.910	136,69%	10.786	148,50%	10.017	138,17%	11.038	152,248%	10.409	143,57%	9.348	128,94%	10.572	7.250	145,82%

UPA NOVA HORTOLÂNDIA

GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	UPA MANOEL	CLINICA GERAL	5.242		5.808		7.108		6.076		7.093		6.488		6.219		6.420		6.353		6.984		6.592		6.081		6.372	***	
		PEDIATRIA	1.126		2.384		4.059		3.101		3.897		3.353		2.172		2.865		2.663		2.952		2.454		1.888		2.743	***	
		EMERGÊNCIA	154		162		177		123		113		139		131		181		171		178		220		248		166	***	
	TOTAL		6.522	76,73%	8.354	98,28%	11.344	133,46%	9.300	109,41%	11.103	130,62%	9.980	117,41%	8.522	100,26%	9.466	111,36%	9.187	108,08%	10.114	119,99%	9.266	109,01%	8.217	96,67%	9.281	8.500	109,19%

UPA AMANDA

UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	CLINICA GERAL	5.831		5.834		6.983		6.264		7.178		6.706		6.283		6.422		6.328		6.564		6.254		5.920		6.381	***	
		PEDIATRIA	1.208		2.096		3.897		2.796		3.371		2.786		1.765		2.257		2.148		2.241		1.950		1.494		2.333	***	
		EMERGÊNCIA	201		203		245		207		208		206		171		190		180		185		184		175		195	***	
	TOTAL		7.240	99,86%	8.133	112,18%	11.125	153,45%	9.267	127,82%	10.757	148,37%	9.698	133,77%	8.219	113,37%	8.869	122,33%	8.646	119,26%	8.970	123,72%	8.388	115,70%	7.589	104,68%	8.908	7.250	122,87%

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTAL UNIDADES EM PRIORITÁRIO ATENDIMENTO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA GERAL	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSÉ PEREIRA DE AMORIM - ROSOLÉM		8.463	9.945	10.618	11.843	13.110	11.898	9.910	10.766	10.017	11.038	10.409	9348	10.572	7.250	145,82%
UPA JOSÉ PEREIRA DE AMORIM - HORTOLÂNDIA		6.522	8.354	11.944	9.300	11.603	9.980	8.522	9.466	9.187	10.114	9.266	8217	9.281	8.500	109,19%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA		7.240	8.133	11.125	9.267	10.757	9.698	8.219	8.869	8.646	8.970	8.388	7589	8.908	7.350	121,87%
TOTAL		**22.225**	**26.432**	**33.087**	**30.410**	**34.970**	**31.076**	**26.651**	**29.101**	**27.850**	**30.122**	**28.063**	**25.154**	**28.762**	**23.000**	**125,05%**

$ - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊ		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UNIDADE	EXAMES															
UPA JOSÉ PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLÉM)	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.359	4.717	6.443	7.153	6.437	5.600	5.673	5.843	5.206	5.925	5.537	5.009	5.742	4.500	127,60%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	12.982	14.712	17.368	13.011	11.116	14.364	16.223	15.862	14.752	14.834	16.140	15.043	14.701	7.875	186,67%
	TOTAL	18.341	19.429	23.811	20.164	17.553	19.964	21.896	21.705	19.958	20.759	21.677	20.052	20.442	12.375	165,19%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	6.637	6.689	6.443	7.688	8.862	8.534	8.777	11.477	8.681	8.834	7.934	7.904	8.205	5.000	164,10%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	10.541	13.579	15.351	13.909	17.609	16.421	15.279	15.625	12.675	17.596	14.742	16.259	14.966	8.500	176,06%
	TOTAL	17.178	20.268	21.794	21.597	26.471	24.955	24.056	27.102	21.356	26.430	22.676	24.163	23.171	13.500	171,64%
UPA NOVA HORTOLÂNDIA	SAÚDE (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	4.133	4.919	5.606	5.802	5.988	5.570	5.406	6.125	5.638	5.188	5.444	5.739	5.468	4.500	121,51%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	12.555	12.718	11.123	14.067	14.552	13.679	12.579	13.679	12.328	8.373	10.348	13.632	12.700	7.875	154,91%
	TOTAL	16.688	17.637	16.729	19.869	20.540	19.249	17.985	19.804	17.966	13.561	15.792	19.371	18.168	12.375	146,77%
TOTAL SAÚDE (RECURSO DE PRONTO ATENDIMENTO)		52.207	57.334	62.334	61.630	64.564	60.929	65.037	67.511	59.340	60.750	60.145	63.586	61.281	38.250	160,21%

6 - ATENDIMENTOS CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU REGIONAL HORTOLÂNDIA-SUR		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SAMU	PROCEDIMENTOS															
	ATENDIMENTOS COM REGULAÇÃO REGIONAL ORIENTAÇÃO	2.564	2.484	2.921	2.633	2.789	2.723	2.610	2.757	2.731	2.727	2.850	2.586	2.698	1.900	142,00%
	REGULAÇÃO MÉDICA COM	377	347	438	387	408	373	325	357	366	359	367	380	374	320	116,77%
	TOTAL	2.941	2.831	3.359	3.020	3.197	3.096	2.935	3.114	3.097	3.086	3.217	2.966	3.072	2.220	138,36%
	ATENDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA 2023	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	137	141	115	140	136	149	132	143	129	111	136	115	132	150	88,00%
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	1.270	1.330	1.255	1.445	1.223	1.372	1.450	1.509	1.547	1.548	1.609	1.396	1.413	800	176,63%
	TOTAL	1.407	1.471	1.370	1.585	1.359	1.521	1.582	1.652	1.676	1.659	1.745	1.511	1.545	950	162,63%
		148,11%	154,84%	144,21%	166,84%	143,05%	160,11%	166,53%	173,89%	176,42%	174,63%	183,68%	159,05%	162,63%		

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Anexo II

Janeiro a maio de 2024

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artido 22.

METAS QUANTITATIVAS COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CG 627/2022 HORTOLÂNDIA

HMMMC

1 - INTERNAÇÕES

INDICADOR	ESPECILIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
METAS QUANTITATIVAS	CLÍNICA GERAL	80	69,57%	96	83,48%	114	99,13%	122	106,09%	148	77,70%	118	115	103%
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	56	112,00%	52	104,00%	65	130,00%	67	134,00%	84	59,52%	68	50	136%
	MATERNIDADE	102	68,00%	77	51,33%	117	78,00%	130	86,67%	111	135,14%	108	150	72%
	PEDIATRIA	29	82,86%	23	65,71%	27	77,14%	40	114,29%	43	81,40%	34	35	98%
	CIRURGIA GERAL (EXCETO PARTO)	75	62,50%	83	69,17%	66	55,00%	76	63,33%	58	206,90%	69	120	58%
	TOTAL	**342**	**72,77%**	**331**	**70,43%**	**389**	**82,77%**	**435**	**92,55%**	**444**	**94,47%**	**398**	**470**	**85%**

2 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HMMMC

INDICADOR	ESPECILIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
CONSULTAS	CLÍNICA GERAL	7.220	96,27%	7.646	101,95%	8.862	118,16%	9.920	132,27%	9.909	75,69%	8.911	7.500	118,81%
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.272	70,67%	1.262	70,11%	1.343	74,61%	1.487	82,61%	1.495	120,40%	1.392	1.800	77,35%
	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	1.225	81,67%	1.108	73,87%	1.307	87,13%	1.347	89,80%	1.326	113,12%	1.273	1.500	84,88%
	PEDIATRIA	79	79,00%	86	86,00%	92	92,00%	135	135,00%	115	86,96%	104	100	103,67%
	CIRURGIA GERAL	420	90,52%	360	77,59%	347	74,78%	299	64,44%	298	155,70%	337	464	72,63%
	TOTAL	**10.216**	**89,90%**	**10.462**	**92,06%**	**11.951**	**105,17%**	**13.188**	**116,05%**	**13.143**	**115,65%**	**12.017**	**11.364**	**105,7**

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT HMMMC c/ TC

INDICADOR	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SADT HMMMC	ELETROCARDIOGRAMA	425	265,63%	264	165,00%	370	231,25%	546	341,25%	414	38,65%	406	160	253,44%
	RADIOGRAFIA	3.031	84,19%	3.146	87,39%	4.026	111,83%	4.232	117,56%	4.321	83,31%	3.846	3.600	106,84%
	ULTRASSONOGRAFIA	357	198,33%	313	173,89%	337	187,22%	356	197,78%	351	51,28%	344	180	191,20%
	ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS	16.241	95,54%	15.616	91,86%	17.930	105,47%	21.734	127,85%	24.819	68,50%	20.193	17.000	118,78%
	ENDOSCOPIA	113	56,50%	135	67,50%	146	73,00%	205	102,50%	230	86,96%	177	200	88,25%
	COLONOSCOPIA	71	71,00%	98	98,00%	89	89,00%	162	162,00%	150	66,67%	120	100	120,00%
	TOMOGRAFIA	766	51,07%	773	51,53%	971	64,73%	1.016	67,73%	1.083	138,50%	949	1.500	63,24%
	TOTAL	**21004**	**92,37%**	**20345**	**89,47%**	**23869**	**104,96%**	**28251**	**124,23%**	**31368**	**137,94%**	**26.034**	**22.740**	**114,4**

3 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT HMMMC

INDICADOR	EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO

O presente documento digital foi conferido e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:35:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃ DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SADT HMMMC	ELETROCARDIOGRAMA	425	265,63%	264	165,00%	370	231,25%	546	341,25%	414	38,65%	406	160	253,44%
	RADIOGRAFIA	3.031	84,19%	3.146	87,39%	4.026	111,83%	4.232	117,56%	4.321	83,31%	3.846	3.600	106,84%
	ULTRASSONOGRAFIA	357	198,33%	313	173,89%	337	187,22%	356	197,78%	351	51,28%	344	180	191,20%
	ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS	16.241	95,54%	15.616	91,86%	17.930	105,47%	21.734	127,85%	24.819	68,50%	20.193	17.000	118,78%
	ENDOSCOPIA	113	56,50%	135	67,50%	146	73,00%	205	102,50%	230	86,96%	177	200	88,25%
	COLONOSCOPIA	71	71,00%	98	98,00%	89	89,00%	162	162,00%	150	66,67%	120	100	120,00%
	TOTAL	**20238**	**95,28%**	**19572**	**92,15%**	**22898**	**107,81%**	**27235**	**128,23%**	**30285**	**142,58%**	**25.086**	**21.240**	**118,10%**

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

4 - CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UPAs

UPA ROSOLEN

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	CLÍNICA GERAL	7.984		9.042		10.180		11.219		12.240			***	
	PEDIATRIA	1.438		2.032		3.459		4.164		3.778			***	
	EMERGÊNCIA	205		191		257		269		298			***	
	TOTAL	**9.627**	**132,79%**	**11.265**	**155,38%**	**13.896**	**191,67%**	**15.652**	**215,89%**	**16.316**	**225,05%**	**13.845**	**7.250**	**190,97%**

UPA NOVA HORTOLÂNDIA

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	CLÍNICA GERAL	6.595		7.826		8.956		9.723		9.899			***	
	PEDIATRIA	1.466		2.298		3.647		4.474		4.267			***	
	EMERGÊNCIA	197		211		224		215		196			***	
	TOTAL	**8.258**	**97,15%**	**10.335**	**121,59%**	**12.827**	**150,91%**	**14.412**	**169,55%**	**14.362**	**168,96%**	**12.426**	**8.500**	**146,19%**

UPA AMANDA

UNIDADE	ESPECIALIDADES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	CLÍNICA GERAL	6.388		7.428		8.200		8.857		9.445			***	
	PEDIATRIA	1.153		1.634		2.861		3.686		3.138			***	
	EMERGÊNCIA	180		178		153		155		166			***	
	TOTAL	**7.721**	**106,50%**	**9.240**	**127,45%**	**11.214**	**154,68%**	**12.698**	**175,14%**	**12.749**	**175,85%**	**11.062**	**7.250**	**152,58%**

TOTAL UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	9.627	132,79%	11.265	155,38%	13.896	191,67%	15.652	215,89%	31.584	435,64%	18.935	7.250	261,17%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	8.258	97,15%	10.335	121,59%	12.827	150,91%	14.412	169,55%	11.183	131,56%	11.366	8.500	133,72%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	7.721	106,50%	9.240	127,45%	11.214	154,68%	12.698	175,14%	660	9,10%	7.032	7.250	97,00%
TOTAL	**25.606**	**111,33%**	**30.840**	**134,09%**	**37.937**	**164,94%**	**42.762**	**185,92%**	**43.427**	**188,81%**	**37.333**	**23.000**	**162,32%**

O presente documento foi baixado contendo o original e assinado digitalmente por Renata Aristone Gonçalves de Oliveira em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP , nos termos da medida provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - UPAs														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM (UPA ROSOLEM)	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.215	115,89%	6.552	145,60%	6.660	148,00%	8.923	198,29%	10.627	236,16%	8.101	4.500	180,01%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	16.651	211,44%	17.754	225,45%	12.747	161,87%	27.020	343,11%	19.505	247,68%	18.864	7.875	239,54%
	TOTAL	21.866	176,69%	24.306	196,41%	19.407	156,82%	35.943	290,45%	30.132	243,49%	26.964	12.375	217,8

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊU														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	8.038	160,76%	12.106	242,12%	9.189	183,78%	13.330	266,60%	13.207	264,14%	11.513	5.000	230,26%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	14.677	172,67%	17.049	200,58%	17.791	209,31%	23.370	274,94%	14.951	175,89%	17.132	8.500	201,55%
	TOTAL	22.715	168,26%	29.155	215,96%	26.980	199,85%	36.700	271,85%	28.158	208,58%	28.644	13.500	212,1

5 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - UPAs														
UNIDADE	EXAMES	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	SADT (ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIA)	5.361	119,13%	6.528	145,07%	7.050	156,67%	8.879	197,31%	9.355	207,89%	7.755	4.500	172,33%
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURATIVOS, SUTURA E INALAÇÃO)	14.665	186,22%	16.827	213,68%	9.552	121,30%	20.945	265,97%	17.425	221,27%	16.140	7.875	204,95%
	TOTAL	20.026	161,83%	23.355	188,73%	16.602	134,16%	29.824	241,00%	26.780	216,40%	23.895	12.375	193,0

TOTAL SADT UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO

O presente documento digital foi conferido com o original apresentado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 (GMT-03:00), CNS: 11.162-5 - 1º TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UPA JOSE PEREIRA DE AMORIM - ROSOLEM	21.866	176,69%	24.306	196,41%	19.407	156,82%	35.943	290,45%	30.132	243,49%	26.964	12.375	217,89%
UPA MANOEL GEORGINO LOPES - UPA NOVA HORTOLÂNDIA	22.715	168,26%	29.155	215,96%	26.980	199,85%	36.700	271,85%	28.158	208,58%	28.644	13.500	212,18%
UPA PASTOR ENÉAS DE CASTRO GAMA - UPA AMANDA	20.026	161,83%	23.355	188,73%	26.980	218,02%	29.824	241,00%	26.780	216,40%	25.624	12.375	207,06%
TOTAL	64.607	168,91%	76.816	200,83%	73.367	191,81%	102.467	267,89%	85.070	222,41%	81.233	38.250	212,37%

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

6 - ATENDIMENTOS CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU REGIONAL HORTOLÂNDIA-SUMARÉ

	PROCEDIMENTOS	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
SAMU	ATENDIMENTOS COM REGULAÇÃO REGIONAL	2.561	134,79%	2.718	143,05%	2.997	157,74%	2.490	131,05%	2.608	137,26%	2.664	1.900	140,19%
	REGULAÇÃO MÉDICA COM ORIENTAÇÃO	343	107,19%	388	121,25%	463	144,69%	467	145,94%	453	141,56%	428	320	133,70%
	TOTAL	2.904	130,81%	3.106	139,91%	3.460	155,86%	2.957	133,20%	3.061	137,88%	3.092	2.220	139,26%
	ATENDIMENTOS	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		MÉDIA 2024	META ATUAL	PERCENTUAL EXECUTADO
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	103	68,67%	130	86,67%	168	112,00%	135	90,00%	127	84,67%	132	150	87,78%
	ATENDIMENTO COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	1.263	157,88%	1.516	189,50%	1.613	201,63%	1.631	203,88%	1.731	216,38%	1.581	800	197,60%
	TOTAL	1.366	143,79%	1.646	173,26%	1.781	187,47%	1.766	185,89%	1.858	195,58%	1.713	950	180,26%

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 23 de julho de 2024 15:45:27 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisoria N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS, situada na Avenida Bom Clima, nº 91, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, neste ato representada na pessoa do Sr. Secretário Municipal de Saúde, ATESTA, para os fins que se fizerem necessários, notadamente a aptidão para desempenho e execução dos objetos pactuados com a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ. 50.351.626/0001-10, inscrita no CNES nº 2082780 e no CREMESP sob o nº 904598, possui capacidade técnica profissional e operacional para realização de ações na área de saúde indígena. Executa ações de saúde em atendimento à população indígena referenciada no município nas seguintes unidades de saúde:

Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos São João
CNES: 2053241
Endereço: Rua Taipu, nº 92, Jardim São João, CEP: 07151-480

Unidade Básica de Saúde MARCOS FREIRE
CNES: 2062100
Endereço: Rua do Poente, nº 200, Conjunto Habitacional Marcos Freire, CEP: 07263-721

Hospital Municipal da Criança e do Adolescente
CNES: 2080427
Endereço: Rua José Maurício, nº 191, Centro, CEP: 07011-060

O serviço é desenvolvido desde 21.12.2021 e se estrutura dentre outras, nas seguintes vertentes:

- ✓ Atenção integral à saúde da mulher;
- ✓ Atenção integral à saúde da criança e do adolescente;
- ✓ Atenção integral à saúde bucal;
- ✓ Atenção Psicossocial;
- ✓ Promoção de uso racional de medicamentos;
- ✓ Apoio ao fortalecimento do controle social;
- ✓ Educação permanente em saúde;

Registramos, ainda, que execução da pactuação apresenta até a presente data bom desempenho gerencial e operacional, tendo a contratada cumprido fielmente com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone tecnicamente.

Guarulhos, 09 de novembro de 2023.

Dr. RICARDO RUI
SECRETÁRIO DA SAÚDE

PREFEITURA DE GUARULHOS

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL nº 03/21 ESTABELECIDO ENTRE O MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP, ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, QUE TEM POR OBJETO A GESTÃO COMPARTILHADA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DEMAIS AÇÕES DE SAÚDE A SER REALIZADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA, QUE ASSEGUREM ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA.

Ao(s) dezessete dia(s) do mês de dezembro do ano de 2021, o **MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, através de sua Secretaria de Saúde, com sede nesta cidade na Rua Íris, nº 300, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, Sr. Ricardo Rui Rodrigues Rosa, brasileiro, casado, médico, CPF 066.120.808-76, RG. 17.355.446-5, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, sob n.º CNPJ. 50.351.626/0001-10, qualificada como Organização Social no Município de Guarulhos, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP. 18285-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por Roberto Gonella Junior, brasileira, casado, inscrito (a) no Registro Geral de Pessoas – RG sob o nº 12.249.262-6 expedido pelo SSP, inscrito (a) no CPF sob o nº 048.461.708-70, estabelecem o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, autuado no processo administrativo nº 48258/2021, que tem por objeto a gestão compartilhada para prestação dos serviços de saúde no **HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HMCA**, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, com cláusula resolutiva do Chamamento Público, ficando permitido o uso do equipamento pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão Emergencial, que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições:

CAPÍTULO I
DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA PRIMEIRA – Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pelas Leis Federais nº 9.637/1998, Lei Complementar Federal n° 101/2000, Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, pela Lei Federal 8.666/93,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

no que se aplicar, pela Lei Municipal nº 7.545/2017, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 34.210/2017, e pelos Decretos Municipais nº 33.703/2016 e nº 33.912/2017, bem como pelos preceitos de direito público, e pelas disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL e de seus respectivos anexos.**

CAPÍTULO II
DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – Constitui objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** a gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a ser realizada no *HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HMCA*, que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, localizado na Rua José Maurício, 185, Centro, Guarulhos/ SP, CEP:07011-060.

Parágrafo Primeiro – Constitui parte integrante do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, seus anexos, inclusive o Plano de Trabalho, relativo a unidade de saúde o qual refere o objeto deste, cujo conteúdo deverá ser observado tanto quanto o dispositivo descrito no corpo deste instrumento, no exercício de seu cumprimento, quais sejam:

ANEXOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HMCA:

a) ANEXO I – Plano de Trabalho

b) ANEXO II – Cronograma de Desembolso.

c) ANEXO III – Planilha de Destinação dos Recursos Financeiros.

d) ANEXO IV – Relação de Patrimônio

Parágrafo Segundo – O objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser acrescido e/ou suprimido no que tange aos quantitativos e espécies de ações por ele regradas a serem executadas, na referida unidade de atendimento, nos termos legais e, observando-se sempre a manutenção da natureza, finalidade e identidade do objeto definido nos termos previstos pelo Plano de Trabalho.

CAPÍTULO III

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

DO PLANO DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – O Plano de Trabalho, relativo à unidade de saúde a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** (ANEXO I), é parte integrante deste instrumento contendo as especificações e quantitativos das metas a serem atingidas, bem como as metas qualitativas, seus respectivos prazos e regime de execução, assim como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CAPÍTULO IV
DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA QUARTA – O prazo de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será de 180 (cento e oitenta) dias, com início da gestão compartilhada a partir das 19:00 horas do dia 21/12/21.

Parágrafo Único. O término da vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL poderá se dar antes de 180 (cento e oitenta) dias, contados de 21/12/21., condicionando-se à homologação do resultado final do Chamamento Público, Processo Administrativo nº 46.540/2021.

CAPÍTULO V
DO VALOR GLOBAL E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

CLÁUSULA QUINTA – O valor global estimado deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** é de R$ 35.993.068,14 (trinta e cinco milhões e novecentos e noventa e três mil e sessenta e oito reais e quatorze centavos), que deverá atender ao Plano de Trabalho, para o cumprimento das metas e objetivos pactuados, respeitado os valores descritos nos Cronogramas de Desembolso relativo a unidade de saúde a qual se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

Parágrafo Único – As despesas totais decorrentes do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** serão cobertas pelo orçamento vigente e futuro do Município.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
0791.1030200032.016.01.3100000.339039.001
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

CAPÍTULO VI
DOS REPASSES E MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA – Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO e seus anexos, o valor mensal será repassado à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** na forma e nas condições dos Cronogramas de Desembolso, **ANEXO II**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à **CONTRATADA** serão depositados em conta bancária específica e exclusiva destinadas ao fim deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, de tal forma que não sejam confundidos seus recursos respectivos com os de outra origem, em instituição financeira oficial (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal S.A.) específica e individualizada para a Unidade de Saúde discriminada no objeto do presente Contrato de Gestão Emergencial, cujos dados deverão ser apresentados no ato da assinatura deste Contrato, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal dos valores depositados na referida conta deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

Parágrafo Segundo – Os saldos financeiros relativos à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em uma das hipóteses abaixo relacionadas, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for de até 01 (um) mês; ou
b) fundos de curto prazo; ou
c) títulos públicos federais.

Parágrafo Terceiro - As aplicações financeiras descritas nos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração de capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno, bem como o resultado deverá ser obrigatoriamente utilizado no objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

Parágrafo Quarto – O primeiro repasse se dará até o 10º (décimo) dia após o início da vigência do contrato, e as demais parcelas mensalmente até o 2º (segundo) dia útil, obedecido o Cronograma de Desembolso a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

Parágrafo Quinto – As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o Plano de Trabalho da unidade de saúde a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e com o respectivo Cronograma de Desembolso, salvo autorização prévia da **CONTRATANTE**, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades como nas seguintes hipóteses:

I. Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida;
II. Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas;
III. Quando do não atendimento aos demais requisitos legais, inclusive o disposto no artigo 8º, inciso VII, da lei 7.545/2017;
IV. Quando das hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do item 9.26, da CLÁUSULA NONA (DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA)
V. Nas demais hipóteses previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou na legislação vigente e aplicável;

Parágrafo Sexto – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano de Trabalho, cabendo à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAF, a fiscalização do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** verificar o percentual de atendimento das referidas metas.

Parágrafo sétima – A **CONTRATADA** poderá captar, assumindo em relação a tal captação inteira responsabilidade, recursos privados para a implementação da execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, hipótese esta em que, se implementando, haverá alteração do Plano de Trabalho necessário à formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos, restando claro desde já que ambas as situações será necessária a celebração de termo aditivo.

Parágrafo Oitava– Fica vedada a utilização dos valores inerentes aos repasses orçamentários vinculados a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para o custeio de despesas a

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

título de taxa de administração, de gerência ou de característica similar, conforme Súmula nº 41 do TCE/SP.

Parágrafo Nona– Os repasses orçamentários destinados ao pagamento das despesas de natureza administrativa específica e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, sendo que as referidas despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento deverão ser as mesmas previstas detalhadamente no Plano de Trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à **CONTRATADA** a título de provisionamento inerente à previsão de valores necessários ao adimplemento de verbas rescisórias, de pagamento de férias e décimos terceiros salários, deverá ser depositado em conta bancária específica, distinta daquela destinada ao fim deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, preferencialmente em conta poupança, sendo que os correspondentes extratos de movimentação bancária mensal e/ou saldo mensal dos valores depositados nas referidas contas individualizadas deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE,** juntamente com a prestação de contas, apresentando cópia do respectivo extrato de depósito ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Primeira – Quando do término do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, caso haja saldo para fins rescisórios ou de provisionamento obrigatório no fundo tratado no parágrafo anterior, os valores deverão ser restituídos à **CONTRATANTE**, para que seja disponibilizado para o mesmo fim em novo **CONTRATO DE GESTÃO**.

Parágrafo Décimo Segundo– Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII
DA REPACTUAÇÃO

CLÁUSULA SÉTIMA – Em havendo interesse público que justifique o aumento do valor global deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, e por conseguinte da respectiva dotação

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

orçamentária específica para esse fim, os valores dos repasses financeiros para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderão ser repactuados.

Parágrafo Primeiro - Nos casos em que o aumento do valor global deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** for motivado pelo pagamento de despesas e custos vinculados à mão de obra principal necessária à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá ser demonstrada pela **CONTRATADA** de forma analítica a variação dos referidos custos, em consonância com o preconizado por convenção ou acordo coletivos, ou ainda sentença normativa, que regem as categorias profissionais envolvidas;

Parágrafo Segundo - Nos casos em que o aumento do valor global deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** for motivado pela variação dos demais custos e despesas necessárias à sua execução, será adotado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Parágrafo Terceiro - O pedido de repactuação por parte da **CONTRATADA** que tenha por objeto aumento de valor global deste CONTRATO DE GESTÃO, ou quaisquer outros objetos de naturezas diversas, deverá ser apresentado pela **CONTRATADA** de forma justificada e instruído com planilha analítica demonstrativa, a fim de que seja submetido à análise da Secretaria de Saúde.

Parágrafo Quarto - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no Plano de Trabalho, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, convenção ou acordos coletivos.

CAPÍTULO VIII
OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

CLÁUSULA OITAVA – São obrigações da **CONTRATANTE**:

8.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e em seus anexos;

8.2 Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Cronograma de Desembolso relativo ao Hospital a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** (ANEXO II), e na Cláusula Sexta deste mesmo instrumento de CONTRATO DE GESTÃO;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

8.3 Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução das ações previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como da aplicação dos recursos públicos repassados à **CONTRATADA**, na forma disposta no Plano de Trabalho e neste instrumento de CONTRATO DE GESTÃO;

8.4 Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos Tribunais de Contas e órgãos de controle;

CAPÍTULO IX
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

CLÁUSULA NONA – São obrigações da **CONTRATADA**:

9.1 Desenvolver, em conjunto com a Secretaria de Saúde, a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as condições e obrigações estabelecidas no Plano de Trabalho e na legislação aplicável;

9.2 Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários;

9.3 Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações, eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo **CONTRATANTE**;

9.4 Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pela **CONTRATANTE** e legislações pertinentes ao objeto deste CONTRATO DE GESTÃO (ANEXO I);

9.5 Cumprir as metas relacionadas no Plano de Trabalho relativo ao HOSPITAL a que se refere este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

9.6 Providenciar a publicação na imprensa ou em seu sítio digital da própria Organização Social, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras, a serem realizadas com recursos públicos.

9.7 Elaborar os relatórios de execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e submeter à aprovação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAF, bem como encaminhar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, impreterivelmente, até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme o interesse público, ou a critério da Administração, os referidos relatórios contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, não podendo se recusar a submeter à aprovação, tampouco deixar de encaminhar os referidos relatórios, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente;

9.8 Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção ou atualização dentre outros;

9.9 Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos, bem como os bens móveis e imóveis privados, contratados pelo Município, que encontram-se na posse da CONTRATADA para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sem qualquer direito à disposição ou retenção dos bens, inclusive no caso de encerramento do CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;

9.10 São de responsabilidade da **CONTRATADA**, toda e qualquer despesa de consumo referente ao bem imóvel, tais como: energia, gás, água/esgoto, telefonia, internet e outros caracterizados como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel.

9.11 A critério da Administração, as despesas listadas no item 9.10 poderão ser pagas pela **CONTRATANTE** e descontadas dos repasses a serem realizados à **CONTRATADA**, caso em que, as respectivas contas de consumo deverão ser enviadas à **CONTRATANTE** em tempo hábil para pagamento quando solicitados;

9.12 Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, assim como pelos decorrentes encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

comerciais, não excluindo ou reduzindo tal responsabilidade da **CONTRATADA**, as responsabilidades e prerrogativas da **CONTRATANTE** relativas à fiscalização da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13 Zelar para que os recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no Plano de Trabalho, atentando sempre para a devida observância do princípio da economicidade;

9.14 Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica do CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, com observância das normas constantes no CAPÍTULO X deste ajuste, admitindo-se pagamentos em espécie, desde que observados o limite de R$ 1.000,00 (Hum mil reais).

9.15 Prestar contas dos recursos repassados pela **CONTRATANTE**, na forma prescrita no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.16 Prestar, sempre que solicitado, quaisquer informações, inclusive as de natureza financeira, acerca da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.17 Produzir, guardar e disponibilizar à **CONTRATANTE**, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos, durante todo o prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, com o repasse da parcela subsequente condicionada a apresentação dos documentos;

9.18 Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da **CONTRATANTE**, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.19 Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação, relativos às atividades de natureza pública gratuita, que devam ser executadas em virtude da vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou da legislação aplicável;

9.20 Manter atualizadas as informações cadastrais junto à **CONTRATANTE**, devendo comunicar à mesma, quaisquer alterações nos seus atos constitutivos ou certidões, ainda que não impliquem em prejuízo ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

9.21 Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais, bem como digitalizar de forma pesquisáveis, os documentos que comprovem as despesas realizadas para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.22 A **CONTRATADA** deverá adotar CNPJ filial específico para o HOSPITAL para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.

9.23 Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais de natureza técnica que deverão ser adotados para tanto;

9.24 Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, respeitando o disposto no Projeto Técnico e no Plano de Trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, como também as que regem os conselhos de classe, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso;

9.25 Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado e de acordo com as respectivas Convenções Coletivas de Trabalho, pertinente à sua área de atuação, conforme descrito em seus atos constitutivos, no que se refere ao pagamento de salários e de benefícios de qualquer natureza a seus empregados e dirigentes;

9.26 Responsabilizar-se, na forma deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, até o término de seu prazo de vigência, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, pelas obrigações decorrentes da referida execução isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, devendo ser observado ainda o que segue:

a) em caso de ciência de ações trabalhistas movidas contra a **CONTRATADA** decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, nas quais entidades da Administração Pública do Município de Guarulhos tenham sido incluídas no polo passivo das referidas ações tanto como responsável subsidiário

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ou solidário, a **CONTRATANTE** poderá reter dos repasses devidos, o montante dos valores dela cobrados nas mesmas referidas ações, valores estes que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção, em caso de insuficiência, para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da **CONTRATANTE**, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores que venham a ser cobrados da **CONTRATANTE** a este título, valores estes que poderão ser complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência para o fim a que se destinam nos termos aqui descritos;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência a **CONTRATANTE** da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e/ou previdenciários sendo que os valores inerentes às referidas retenções serão destinados ao pagamento das respectivas obrigações caso a **CONTRATANTE** seja compelida a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**;

d) Eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela **CONTRATANTE** se houver justa causa devidamente fundamentada, ou seja, de forma criteriosa, apontando de forma objetiva o enquadramento da justa causa nos itens do artigo 482, da CLT.

9.27 Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas para a assinatura do presente instrumento durante todo prazo de execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.28 Fornecer à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF as informações e documentos exigidos nas alíneas do inciso XI, do Art. 4º do Decreto Municipal nº 33.703/2016 bem como da Portaria Municipal nº 003/2017-SF de 20/01/2017, a não observância no atendimento dos documentos poderá condicionar o repasse da parcela subsequente.

9.29 Os equipamentos e instrumentais necessários para a realização das ações previstas por este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como os adquiridos com recursos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

repassados pela **CONTRATANTE**, em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

9.30 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos, deverão ter avaliação prévia e autorização da Secretaria de Saúde;

9.31 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em decorrência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da **CONTRATANTE**, hipótese esta em que a **CONTRATADA** deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens (Termo de doação e Nota Fiscal), em duas vias juntamente com os relatórios de prestação de contas (01 via para fim de tombamento do patrimônio e outra para comprovação da despesa) juntamente com declaração emitida pela **CONTRATADA** de que os bens estão fisicamente na unidade de saúde e em perfeitas condições de uso;

9.32 Enviar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF todos os contratos de prestação de serviços e de fornecimento, assim como seus respectivos Anexos e eventuais Aditivos firmados pela **CONTRATADA** com seus prestadores, devidamente datados e assinado por todas as partes do contrato de prestação de serviços e de fornecimento, com a descrição de todos serviços a serem prestados e/ou bens a serem fornecidos, metas a serem alcançadas, se for o caso, e respectiva descrição da forma como serão medidas, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país e, finalmente, se o caso de prestação de serviços, certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, se solicitado pela CONTRATANTE;

9.33 Enviar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAF todos os contratos de prestação de serviços, cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

9.34 Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço necessário e/ou que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem a cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

em conformidade com o Plano de Trabalho e com o *Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras*, a ser aprovado pela CONTRATANTE e publicado pela **CONTRATADA**. Fornecer certidão do prestador de serviço comprovando a regularidade trabalhista e previdenciária dos funcionários alocados na unidade de saúde por esta, sempre que solicitado pela CONTRATANTE;

9.35 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, empregados, membros de sua Diretoria ou Conselho de Administração;

9.36 Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pela **CONTRATANTE**;

9.37 Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da **CONTRATANTE** ou sob sua demanda, bem como o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado estabelecidos na Lei nº 13.709/2018;

9.38 Atender às exigências da **CONTRATANTE** acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados e/ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

9.39 Os sistemas informatizados utilizados pela **CONTRATADA** deverão permitir customizações que possibilitam sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, adequando-se a possíveis atualizações;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

9.40 Apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo por ela definido, Plano Estratégico para as suas ações nos meses de vigência do CONTRATO DE GESTÃO, observando o Projeto Técnico e o Plano de Trabalho relativo a unidade de saúde (ANEXO I) bem como respectivo Cronograma de Desembolso (ANEXO II) dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**;

9.41 Executar os serviços e demais ações de saúde previstas no objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e nos anexos em obediência ao preconizado pela Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, e a devida observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) universalidade de acesso aos serviços de saúde;
b) integralidade de assistência, entendida como sendo esta o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;
c) gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
e) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
f) direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
g) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

9.42 Quando da elaboração e apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas, a **CONTRATADA** deverá observar:

a) a garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
b) a responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;
c) a inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

9.43 Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da **CONTRATADA**, por meio de Registro Biométrico de Ponto;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

9.44 Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública, declaradas pela Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos – SP;

9.45 Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria de Saúde;

9.46 Afixar, em lugar visível da Unidade de Pronto Atendimento a que se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, aviso que contenha:

a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde, os logos oficiais do Município, da Secretaria da Saúde e do Sistema Único de Saúde;
b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município de Guarulhos - SP;
c) indicação de que os serviços executados naquela unidade de saúde são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

9.47 Observar todas as disposições legais que regem a matéria, incluindo as orientações dos tribunais de contas e órgãos de controle, bem como fornecer toda e qualquer informação e documentação solicitados pelo CONTRATANTE no prazo estabelecido, sob pena de sanções administrativas, prevista no Capítulo XV.

9.48 Cumprir todas as diretrizes do TCESP relativas à transparência de seus atos, notadamente quanto à divulgação pela via eletrônica, em seu sítio eletrônico, de todas as informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros: o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes; valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamento; regulamento de compras e contratação de pessoal.

9.49 A unidade de saúde é parte integrante do SUS, para tanto a **CONTRATADA** deverá adequar-se a ele, devendo participar das práticas educativas de Educação Permanente através dos projetos, programas e protocolos desenvolvidos pela Secretaria da Saúde, bem como à Política de Integração Ensino e Serviço da Secretaria da Saúde, que inclui os programas de estágio, residência médica, residência multiprofissional, internato, programas estes destinados às Instituições de Ensino com cursos de nível técnico, graduação, pós-graduação e outras modalidades de formação, adequando-se às normas da Secretaria da Saúde. Deverá

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

disponibilizar os profissionais necessários para a execução dos programas, como preceptores, supervisores, técnicos, entre outros, conforme se fizer necessário.

CAPÍTULO X
DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

CLÁUSULA DÉCIMA – Os Relatórios de Prestação de Contas Financeiro deverão ser enviados, mensalmente, por via eletrônica e protocolados junto à **CONTRATANTE** até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a critério da Administração.

Parágrafo Primeiro – O último Relatório de Prestação de Contas deverá ser protocolado em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhado do comprovante de devolução do saldo financeiro, se houver. O relatório deverá ser entregue junto à Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas do Departamento Financeiro da Saúde.

Parágrafo Segundo – E se a Divisão Técnica de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas constatar qualquer irregularidade na prestação de contas, deverá comunicar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, imediatamente.

Parágrafo Terceiro – Os Relatórios de Prestação de Contas serão instruídos com os seguintes documentos:

a) relatórios de execução financeira (DIRD – Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO V), discriminando a movimentação de valores, indicando o saldo inicial, os repasses, a apuração da rentabilidade financeira e o valor total de cada categoria de despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado;
b) detalhamento de todas as despesas pertinentes a este CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL no qual conste demonstrativo por centro de custo por tipo de despesa (Demonstrativo de Despesas por categoria – conforme modelo à ser fornecido – ANEXO VI);
c) relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos ou quaisquer outros títulos de crédito que venham a ser utilizados para tanto, identificando a numeração dos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante (Demonstrativo de Despesas Geral – conforme modelo a ser fornecido – ANEXO VII);

d) cópias dos comprovantes de pagamentos de contas referentes ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia, e *internet*; ao fornecimento de água/esgoto, energia elétrica, gás, serviços de telefonia e *internet* relativos ao bem imóveis cedido;

e) demonstrativo de conciliação do saldo bancário;

f) cópia do extrato das contas-correntes bancárias e das aplicações financeiras referentes ao período compreendido entre cada um dos Relatórios de Prestação de Contas apresentados;

g) folha de pagamento discriminando: nome, números do CPF e CNES, função, carga horária, salário bruto e líquido, e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

h) cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social, FGTS, de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

i) cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no item "c" deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações;

j) demonstrativo da projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT, com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas;

k) extrato bancário (de conta específica para este fim), que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados pelo regime da CLT;

l) relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;

m) documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas;

n) informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ ou consumo, discriminado o valor do custo unitário de cada item, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

o) comprovação de eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo, mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação do profissional autônomo contratado;

p) documentação comprobatória prevista no item "m" deverá ser acompanhada de mapa de rateio, especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com a **CONTRATANTE**, e se for o caso, com outros entes.

Parágrafo Quarto – Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, para fins de prestação de contas, deverão ser realizados no CNPJ da filial.

Parágrafo Quinto – O repasse mensal a partir da 3ª (terceira) parcela ficará condicionada a entrega dos relatórios de prestação de contas referente ao repasse da 1ª parcela e assim sucessivamente na forma da Cláusula Décima e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Plano de Trabalho (ANEXO I) a que se refere o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, não podendo recusar-se a encaminhar os referidos relatórios, salvo por motivos de força maior devidamente justificado.

Parágrafo Sexto – Somente serão recebidos pela **CONTRATANTE** os Relatórios de Prestação de Contas que estiverem devidamente instruídos com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Sétimo – No caso de a **CONTRATANTE** verificar erro nos documentos apresentados que instruem os Relatórios de Prestação de Contas, serão os mesmos devolvidos à **CONTRATADA** até que sejam os referidos erros sanados, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos, sendo que a **CONTRATADA** terá até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogáveis no máximo por igual período, se necessário e a critério da **CONTRATANTE** (art. 148, VIII da IN 01/2020 TCE).

Parágrafo Oitavo – Cada folha dos Relatórios de Prestação de Contas deverá conter rubrica do representante legal da **CONTRATADA**, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo.

Parágrafo Nono – Os Relatórios de Prestação de Contas deverão ser elaborados levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

Parágrafo Décimo – A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos Relatórios de Prestação de Contas correspondentes aos respectivos exercícios financeiros.

Parágrafo Décimo Primeiro – Caberá à **CONTRATADA** promover até o dia 30 de Abril de cada ano e, no caso de serem transmitidos através do Sistema Público de Escrituração (Sped), até o último dia do mês de maio do ano, a publicação integral na Imprensa, dos relatórios de execução financeira e de cumprimento de metas e de execução deste CONTRATO DE GESTÃO aprovados por seu Conselho de Administração, bem como do balanço patrimonial e demais prestação de contas, sem prejuízo de sua análise pelo Tribunal de Contas de São Paulo.

Parágrafo Décimo Segundo – Os Relatórios de Execução e de Prestação de Contas servirão de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

Parágrafo Décimo Terceiro – Todos os valores relativos a despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela **CONTRATANTE** como pertinentes à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, deverão ser ressarcidos à **CONTRATANTE** através de depósito em conta específica a ser determinada pela **CONTRATANTE** com demonstração por meio de extrato bancário, no prazo determinado pela Administração.

Parágrafo Décimo Quarto – Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores, somente sendo aceitos recibos e notas fiscais emitidos em data posterior à assinatura e período pertinente a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

Parágrafo Décimo Quinto – Nos contratos firmados entre a **CONTRATADA** e terceiros, no momento da atestação do recebimento do seu objeto, o valor unitário de cada item que o compõe deverá constar na nota fiscal a ser atestada, bem como em todos os recibos emitidos, o que deverá ser atestado, em ambos os casos, pelo Diretor da unidade de saúde beneficiada.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

Parágrafo Décimo Sexto – As notas fiscais apresentadas deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto e a identificação deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.

Parágrafo Décimo Sétimo – A **CONTRATADA** deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

CAPÍTULO XI
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Ficam desde já cedidos à **CONTRATADA**, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os bens móveis e imóvel da Unidade de Saúde que deverão ser inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação.

Parágrafo Primeiro – O bem imóvel de que trata o *caput* desta cláusula deverá ser recebido por um preposto designado pela **CONTRATADA** e deverá ser devolvido quando do término do prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**.

Parágrafo Segundo – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Terceiro – Obriga-se a **CONTRATADA** em relação ao bem imóvel cedido:

a) Conservá-lo, mantendo-o limpo e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em perfeitas condições de uso e conservação, sob a pena de, a critério da **CONTRATANTE**, arcar com o pagamento relativo ao conserto dos danos ou de quaisquer outros prejuízos;
b) Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas, e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas, a reposição de peças;
c) Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** aos bens móveis e imóveis cedidos;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

d) Arcar com todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos;

e) Providenciar o seguro contra incêndio relativo aos bens móveis e imóveis descritos no *caput* desta cláusula, apresentando à **CONTRATANTE** a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento, bem como manter o AVCB em dia.

Parágrafo Quarto – Em relação aos bens móveis cedidos descritos no *caput* desta cláusula, obriga-se a **CONTRATADA**:

I - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, para após serem recebidos por um preposto designado pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de TERMO DE CESSÃO DE USO.

II - Inventariar todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios a cada quadrimestre e fornecer as informações após a realização do inventario, enviado juntamente com a prestação de contas.

III - Devolver todos os bens móveis, equipamentos, instalações e utensílios considerados bens móveis quando do término do prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, igualmente por um preposto designado pela **CONTRATADA**, através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

IV - Em caso de furto ou roubo de equipamentos a contratada devera apresentar boletim de ocorrência e a reposição em até 5 dias uteis, obedecendo o manual de compras e contratações da Contratada.

Parágrafo Quinto – A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados em bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, precedido em ambos os casos de autorização da CONTRATANTE, bem como as benfeitorias realizadas, igualmente precedida de autorização da CONTRATANTE, serão incorporados ao patrimônio municipal,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

sem possibilidade de indenização ou retenção, salvo se necessárias, condicionada a retirada à prévia autorização do **CONTRATANTE**.

CAPÍTULO XII
DA SUBCONTRATAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É vedada a subcontratação de quaisquer outras pessoas jurídicas ou físicas que tenha por objeto a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como a cessão total ou parcial do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pela **CONTRATADA**, sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades.

Parágrafo Primeiro – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares, tais como lavanderia, enxovais, segurança, portaria, limpeza, hotelaria, informática, serviços de comunicação, manutenção, retirada de resíduos hospitalares, seguros, esterilizações, armazenamento de documentos, controle de pragas, tratamento de água, serviços de hemoterapia, locação de equipamentos, fornecimento de gases medicinais, fornecimento insumos e materiais, bem como de demais serviços pertinentes, acordados entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, o ente subcontratado será responsável, solidariamente à **CONTRATADA**, no que couber, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente por aquelas referentes aos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

Parágrafo Segundo – No caso de subcontratação de serviços auxiliares, a CONTRATADA somente poderá subcontratar desde que conste no contrato celebrado para tal fim a imposição de fornecer a relação de todas as subcontratadas admitidas em função do CONTRATO DE GESTÃO, incluindo cópias dos respectivos contratos havidos e relações de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

Parágrafo Terceiro – Fornecer à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, a relação de todas as empresas subcontratadas, previstas no Capítulo XII, admitidas em função do presente Contrato de Gestão, incluindo cópia dos respectivos contratos havidos e relações

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

de todos os empregados admitidos para desempenhar os serviços objeto da subcontratação, devendo fornecer também e mensalmente cópia dos registros de controle de frequência dos funcionários e documentos relativos aos pagamentos realizados a título de prestação de serviço e/ou verbas salariais, conforme o caso.

CAPÍTULO XIII
DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A fiscalização da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** caberá à **CONTRATANTE**, em especial à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, nomeada por Portaria da Secretária de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, no exercício de suas atribuições de gestão e fiscalização deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, sendo investida das prerrogativas necessárias à execução das seguintes atividades:

a) Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
b) Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, principalmente em relação às metas assistenciais;
c) Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;
d) Avaliar os indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
e) Elaborar Relatórios de Avaliação da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO através dos dados analisados;
f) Avaliar os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho em confronto com as metas pactuadas, podendo para tanto solicitar o auxílio de outras instâncias administrativas da Secretaria de Saúde;
g) Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde ou pela **CONTRATADA**;
h) Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da Comissão de Avaliação e Fiscalização – CAF e participantes presentes.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela **CONTRATANTE**, se obrigando a fornecer, nos prazos propostos pela **CONTRATANTE**, os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades, não podendo recusar-se a fornecê-los, salvo motivos de força maior justificado, sob pena de não haver o repasse da parcela subsequente ou quaisquer das penalidades previstas no Capítulo XV.

Parágrafo Terceiro – Os responsáveis pela fiscalização da execução deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade, não cumprimento de cláusulas contratuais, não cumprimento do Plano de Trabalho, ou ainda de ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, deverá notificar a **CONTRATADA**, com a ciência do Secretário de Saúde, por qualquer meio idôneo, a fim de seja sanada a irregularidade, que, persistindo, poderá o Secretário da Saúde tomar outras providências, como penalidades do Capítulo XV e aos órgãos de controle interno e externo referidos na Cláusula Vigésima Segunda, bem como notificar o Ministério Público se for o caso.

Parágrafo Quarto – Compete à **CONTRATADA** fazer minucioso exame das especificações dos serviços por escrito, de modo a permitir a tempo apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, sendo que o silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas pela Fiscalização.

Parágrafo Quinto – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da **CONTRATADA** no que concerne à execução do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

Parágrafo Sexto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a Fiscalização deverá encaminhar relatório à Secretaria de Saúde.

CAPÍTULO XIV
DOS CASOS DE FORÇA MAIOR

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os motivos de caso fortuito ou força maior que possam impedir a **CONTRATADA** de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados à **CONTRATANTE**, na primeira oportunidade e por escrito, sob a pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração dos Planos de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CAPÍTULO XV
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e no Plano de Trabalho, a **CONTRATANTE** poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da **CONTRATADA**, cabível a aplicação do artigo 116 da Lei nº 8.666/1993, a critério da **CONTRATANTE**, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei nº 8.666/1993, garantido o exercício do contraditório e a prévia defesa:

1. Por descumprimento de quaisquer das exigências do processo licitatório ou das cláusulas contratuais, ficará a Licitante/Contratada sujeita as sanções estipuladas nas Leis Federais nº 8.666/93 e 10.520/02, e no Decreto Federal 10024/19, sem prejuízo das multas e das demais cominações legais, notadamente os artigos 86 e 87 da Lei Federal nº 8.666/93, indicadas a seguir:

1.1.1. POR INADIMPLEMENTO ÀS EXIGÊNCIAS DO PROCESSO LICITATÓRIO:

1.1.1.1. SUSPENSÃO: IMPEDIMENTO DE LICITAR E DE CONTRATAR com a Administração Pública direta municipal e autárquica municipal, pelo prazo de até 05 (cinco) anos conforme dispõe a Lei nº 10520/02, sem prejuízo das multas prevista no edital aquele que:

I - não entregar a documentação exigida no edital;

II - apresentar documentação falsa;

III - causar o atraso na execução do objeto;

IV - não mantiver a proposta;

V- comportar-se de modo inidôneo; VI - declarar informações falsas; e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

VII - cometer fraude fiscal.

1.1.1.2. DAS MULTAS: até 20% (vinte por cento) do valor estimado para a contratação.

1.1.2. POR INADIMPLEMENTO ÀS CLÁUSULAS CONTRATUAIS:

1.1.2.1. ADVERTÊNCIA;

1.1.2.2. MULTAS; em cada caso, aplicar-se-á:

a) 20% (vinte por cento) por inexecução total do objeto, incidente sobre o valor contratado.

b) 20% (vinte por cento) por inexecução parcial do objeto, incidente sobre o valor da parcela inadimplente.

c) 0,33% (trinta e três centésimos por cento) por dia de atraso, sobre o valor total contratado ou sobre a parcela inadimplente, conforme o caso.

c.1) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeito de aplicação de penalidade.

d) 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos, mais multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos não forem sanados, contados da data em que a Administração tiver comunicado à empresa a irregularidade.

e) Suspensão temporária de participação em certames e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

f) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Guarulhos - SP.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas nos itens acima poderão ser aplicadas em conjunto e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, garantida ampla defesa prévia e contraditório da **CONTRATADA**.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas nos itens acima não possuem caráter compensatório, de tal forma que seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria da Fazenda, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à **CONTRATADA** ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP, e demais órgãos oficiais.

Parágrafo Quinto – A aplicação das sanções estabelecidas nos itens acima são de competência do Secretário de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas nos itens acima poderão também ser aplicadas à **CONTRATADA**, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, caso tenha:

a) Sofrido condenação definitiva por praticar fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos por meios dolosos.

b) Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

CAPÍTULO XVI
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Em relação às sanções previstas na cláusula anterior, a CONTRATADA poderá interpor os seguintes Recursos Administrativos:

a) Pedido de Reconsideração perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da ciência da decisão;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) Pedido de Revisão de Sanção Administrativa à autoridade imediatamente superior a ser encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração

Parágrafo Primeiro – Em hipótese alguma será conferido efeito suspensivo aos recursos previstos nesta cláusula.

Parágrafo Segundo – O exercício do Pedido de Revisão de Sanção Administrativa dependerá da prévia interposição do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Terceiro – O provimento de quaisquer dos recursos descritos nesta cláusula importará apenas na invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CAPÍTULO XVII
DA RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – A **CONTRATANTE**, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá rescindir unilateralmente o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Plano de Trabalho, e ainda:

a) Após 180 (cento e oitenta) dias do início da vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;
b) Quando da homologação do resultado final do Chamamento Público.
c) Se houver por parte da **CONTRATADA**, má gestão, culpa, dolo, violação de lei ou de disposição de seus Atos Constitutivos;
d) Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização;
e) Se houver alterações dos Atos Constitutivos da **CONTRATADA** que impliquem modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;
f) Se houver a perda da qualificação como Organização Social por parte da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de resolução, a **CONTRATADA** deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do **CONTRATANTE** os bens móveis e imóveis cujo uso foi cedido,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

através de TERMO DE DEVOLUÇÃO DE USO, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na hipótese de decretação da rescisão por dolo ou culpa da **CONTRATADA,** ficará ela sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO XVIII
DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Em caso de resilição unilateral por parte da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados.

Parágrafo único – A resilição unilateral será precedida de denúncia da CONTRATANTE, em prazo que atenda o interesse público.

CAPÍTULO *XIX*
DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – A publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município de Guarulhos será providenciada pela **CONTRATANTE** no prazo máximo de 20 (vinte) dias da sua assinatura.

CAPÍTULO XX
DA TRANSIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Após a publicação do extrato deste CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Município de Guarulhos – SP e do Estado, devidamente assinado pelas partes contratuais, a CONTRATADA receberá a Unidade de Saúde, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, através de ATO DE TRANSIÇÃO a ser estabelecido com a atual entidade gestora da referida unidade de saúde, o qual implica a necessária assunção dos pacientes da unidade de saúde a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE
GUARULHOS

Parágrafo Primeiro – A **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos municipais de seu quadro de pessoal permanente, os quais, em ocorrendo a referida disponibilização por parte da **CONTRATANTE**, necessariamente deverão compor a equipe de profissionais que atuarão nas unidades de saúde a que se refere o presente CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Segundo – Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sobre a vida funcional dos servidores públicos cedidos serão mantidos entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

Parágrafo Terceiro – A **CONTRATANTE** deverá deduzir do montante total mensal a ser repassado à **CONTRATADA**, o valor financeiro mensal de seu gasto com folha de pagamento referente aos servidores públicos que forem cedidos à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, devendo ser observado para tanto que a dedução somente ocorrerá após validação da cessão do funcionário pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, bem como o aceite da Organização Social.

Parágrafo Quarto – A **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cessão ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

Parágrafo Quinto – A execução das atividades profissionais por parte dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** junto ao Hospital a que se refere o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Parágrafo Sexto – A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver aos quadros da **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, com motivação justificada, que poderá ensejar abertura de Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar, se o caso.

Parágrafo Sétimo – A **CONTRATANTE** poderá, a seu exclusivo critério, solicitar remoção de servidor público lotado em alguma das unidades de saúde referidas no presente CONTRATO DE GESTÃO, através de comunicação prévia, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE GUARULHOS

Parágrafo Oitavo – Observados os critérios administrativos municipais e mediante a observância da disponibilidade da Administração, o servidor público poderá solicitar sua transferência para outra unidade de saúde estranha ao objeto do CONTRATO DE GESTÃO, implicando no montante total mensal referido no parágrafo segundo, sem prejuízo de sua alocação em outra unidade de saúde deste CONTRATO DE GESTÃO, nos moldes do caput dessa Cláusula.

Parágrafo Nono – À **CONTRATADA** é vedado o pagamento de vantagem pecuniária à que se refere o parágrafo primeiro a servidor cedido com recursos provenientes do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo – Para fins de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, os primeiros 30 (trinta) dias , após a assunção da Unidade de Saúde deste instrumento pela **CONTRATADA**, serão considerados como período de transição pela **CONTRATANTE**, que poderá mediante análise discricionária das justificativas apresentadas e comprovadas pela **CONTRATADA**, acolher ou não em detrimento dos termos do presente instrumento e anexos, somente pelo período considerado de transição, não gerando qualquer direito posterior da **CONTRATADA**, que deverá observar todas as disposições pactuadas.

CAPÍTULO XXI
DO CONTROLE INTERNO E EXTERNO

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – A **CONTRATANTE** providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município de Guarulhos no prazo de 10 (dez) dias, contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CAPÍTULO XXII
DO COMPROMISSO ARBITRAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – A critério da Administração, as partes obrigam-se a solucionar por meio de arbitragem, de forma definitiva, as controvérsias ou disputas relacionadas ao presente contrato e seus eventuais aditivos e documentos anexos a eles relacionados.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo Primeiro – Não poderão ser objeto de arbitragem as questões relativas a direitos indisponíveis envolvendo a titularidade municipal do serviço concedido, o poder administrativo de fiscalização e de imposição de penalidades administrativas, a discussão sobre reequilíbrio econômico-financeiro ou qualquer matéria definida como indisponível pelos Tribunais Superiores de Justiça.

Parágrafo Segundo – A arbitragem será dirimida em uma das diversas Câmaras Arbitrais do Estado de São Paulo, preferencialmente com sede na cidade de São Paulo ou de Guarulhos, seguindo o regimento próprio da instituição escolhida.

Parágrafo Terceiro – As decisões e a sentença arbitral, nos termos da Lei Federal nº 9.307/96, serão definitivas, líquidas, certas e vincularão as partes e seus sucessores, servindo como título executivo.

Parágrafo Quarto – A parte vencida no procedimento arbitral arcará com todas as custas do procedimento, incluindo os honorários dos árbitros e peritos.

CAPÍTULO XXIII
DO FORO DE ELEIÇÃO

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – Fica eleito o Foro da Comarca de Guarulhos – SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CAPÍTULO XXIV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – Na contagem dos prazos é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, sendo para tanto, considerados sempre os dias consecutivos, salvo disposição em contrário, observando-se ainda que os prazos se iniciam e vencem somente em dias de expediente da Secretaria de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PREFEITURA DE
GUARULHOS

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, em 03 (três) vias, de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Guarulhos – SP, 17 de dezembro de 2021.

CONTRATANTE
Secretaria de Saúde de Guarulhos – SP
Sr. *Ricardo Rui Rodrigues Rosa*
CPF. 066.120.808-76
Secretário de Saúde

CONTRATADA
Beneficência Hospitalar Cesário Lange
Representante Legal
Sr. Roberto Gonella Junior
CPF. 048.461.708-70

Testemunhas

1 ANDREIA SIQUEIRA DO NASCIMENTO
25583108 75

2 LUIZ E. PRADO JR.
390.273.008-05

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a autenticidade

2 **Dados da Assinatura Digital**

Aprovado

CPF: 407.402.038-60

Nome: Diogo Coração Batista

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Escrevente

Munícipio: TATUÍ

Estado: SP

Data: 19/05/2023, às 15:16

Quantidade de Páginas Autenticadas: 34

Tipo de documento: Outro

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

15/3/2024
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 02/2024

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 25/2/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /02/2024

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE HMCA			2080427	46319000002012
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RUA JOSE MAURICIO			185	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	CENTRO	07011060	GUARULHOS	SP
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	sem sub tipo	MUNICIPAL	MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**186**
Outros	**604**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	4	4

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
PEDIATRIA CIRURGICA	6	6
PEDIATRIA CLINICA	57	57

OUTRAS ESPECIALIDADES

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
PSIQUIATRIA	2	2

LEITOS HABILITADOS
(Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
UTI II PEDIATRICA	-	10(*)
		10

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
DERMATOSCOPIO	2	2	SIM
DETECTOR FETAL PORTATIL	3	3	SIM
KIT MEDICO DE DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO TAB	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	3	3	SIM
RAIO X DENTARIO	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM PORTATIL	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO	1	1	SIM
CANETA DE ALTA ROTACAO	9	3	SIM
CANETA DE BAIXA ROTACAO	2	2	SIM
COMPRESSOR ODONTOLOGICO	1	1	SIM
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM
FOTOPOLIMERIZADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	10	10	SIM
BOMBA DE INFUSAO	45	43	SIM
DESFIBRILADOR	4	4	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	8	8	SIM
INCUBADORA	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	10	10	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	5	5	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	40	40	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	16	16	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	3	3	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	1	1	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	3
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	2	12

AMBULATORIAL		
Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE GESSO	1	0
HOSPITALAR		
Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	5

Serviços de Apoio

Serviço:	**Característica:**
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		**Hospitalar:**	
Cod.:	**Serviço:**	**Característica:**	**Amb.:**	**SUS:**	**Hosp.:**	**SUS:**
107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
165	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
135	REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
113	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO E TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
134	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	**Serviço:**	**Classificação:**	**Terceiro:**	**CNES:**
107 - 004	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
165 - 001	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO

				INFORMADO
113 - 002	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	INTERNACAO DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
113 - 001	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	ASSISTENCIA DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ENDODONTIA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PERIODONTIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	AMBOS	9667830
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	AMBOS	9667830
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	AMBOS	9667830
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	AMBOS	9667830
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	AMBOS	9667830
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	AMBOS	9667830
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	AMBOS	9667830
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	9667830
121 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 005	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	HOMEOPATIA	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 001	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E	ACUPUNTURA	NÃO	NAO

	COMPLEMENTARES			INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 009	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

MUNICÍCPIO DE GUARULHOS, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 46.319.000/0001-50, situada na Avenida Bom Clima, nº 91, Município de Guarulhos **ATESTA**, para os fins que se fizerem necessários, notadamente a aptidão para desempenho e execução dos objetos pactuados com a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, inscrita no CNPJ. 50.351.626/0001-10, inscrita no CNES nº 2082780 e no CREMESP sob o nº 904598, possui capacidade **técnica profissional e operacional** para prestação de serviços assistenciais em saúde.

Contrato nº 041601-22, vigência de 01.12.2022 a 30.05.2023 e atualmente em decorrência de indenização administrativa.

Objeto: Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas- CEMEG.

Local de Prestação dos Serviços: unidades básicas de saúde indicadas pela administração e no Centro de Especialidades CEMEG PIMENTAS.

Serviços Ofertados:

1. Consultas médicas e de equipe assistencial:

1.1. Atendimento médico e equipe assistencial em Atenção Primária;

1.2. Atendimento médico de especialidades;

1.3. Atendimento médico e equipe assistencial em telessaúde

2. Cirurgias ambulatoriais;

3. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT;

1

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4. Serviços de Teleassistência:

4.1. Teleatendimento;

4.2. Teleorientação;

4.3. Telemonitoramento;

4.4. Teleconsulta;

4.5. Teleinterconsulta;

4.6. Central " Pré Natal Digital";

4.7. Telemedicina de Especialidades

Quantitativos e Produção:

CEMEG Pimentas:

Administrativo	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Gerência	01	40 h / Semanais
Supervisor de Setor	01	40 h / Semanais
Administrativo	01	40 h / Semanais
Atendente	13	40 h / Semanais
Especialistas em Saúde	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Assistente Social	1	30 h / Semanais
Fisioterapeuta	3	30 h / Semanais
Fonoaudiólogo	1	40 h / Semanais
Nutrição	2	30 h / Semanais
Psicologia	1	40 h / Semanais
Enfermagem	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Enfermeiro	5	30 h / Semanais
Auxiliar de Enfermagem	12	36 h / Semanais

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Técnico em Saúde imobilização ortopédica	6	36 h / Semanais
Técnico em Radiologia	5	24 h / Semanais
Apoio Operacional	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Auxiliar de Limpeza	4	40 h / Semanais
Controlador de Acesso - Diuturno	4	72 h / Semanais

Exames e Procedimentos:

Exames e Procedimentos	Nº Profissionais	CH Semanal Total
Colposcopia	1	10 h / Semanais
Com laudo: Radiologia/Ultrassonografia	3	30 h / Semanais

Atendimento Ambulatorial e Telemedicina (especialidades médicas):

Consulta médica	Total (mensal)
Primeira Consulta	90.000
Interconsulta	60.000
Consulta Subsequente	90.000
Total	**240.000**

Especialidade médicas (ambulatorial e telemedicina):

Especialidades Médicas
Alergologista
Cardiologia Adulto
Cardiologia Infantil
Cirurgia Cabeça e pescoço
Cirurgia Vascular
Dermatologia
Ginecologia/ Colposcopia

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Especialidades Médicas
Endocrinologia
Hematologista
Infectologista Adulto
Infectologista Infantil
Neurologia Adulto
Neurologia Infantil
Oftalmologista
Ortopedia Ambulatorial
Otorrinolaringologista
Proctologista
Psiquiatria Adulto
Psiquiatria Infantil
Reumatologia
Gastroenterologia
Urologia Adulto
Urologia Infantil
Radiologia/Ultrassonografia/laudo

Consultas não médicas:

Consulta não médica	Total (mensal)
Consultas não médicas	22.500
Total	

SADT:

SADT	Exames mensais
Colposcopia	200
Eletrocardiograma (com laudo)	800
Ultrassonografia com e sem doppler	1.600

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Pequenas cirurgias	180
Total	**2.780**

Atenção Primária à Saúde:

Especialidade	Carga Horária Semanal Necessária
Médico Clínico Geral	540
Médico da Família	2.480
Médico Geriatra	40
Médico Ginecologista	360
Médico Ginecologista – Alto Risco	160
Médico Pediatra	300
Médico Psiquiatra	240
Médico Ultrassonografista Geral	40
Médico Radiologista	40
Total	**4.200**

Central de Pré Natal Digital:

CPND	Quantidade Necessária Por Plantão 12 horas	Procedimento
Médico	02	Teleconsulta
Enfermeiro	01	Teleconsulta
Técnico Enfermagem	02	Apoio clínico
Técnico administrativo	01	Apoio administrativo

Central de Telemedicina de Especialidades:

Especialidades Médicas
Alergologista
Cardiologia Adulto

5

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Especialidades Médicas
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologista
Hematologista
Infectologista
Mstologia
Neurologia
Ortopedia
Pediatria
Pneumologista
Proctologista
Psiquiatria
Reumatologia
Radiologia
Urologista
Vascular

Registramos, ainda, que execução da pactuação apresenta até a presente data bom desempenho gerencial e operacional, tendo a contratada cumprido com as obrigações assumidas, nada havendo há considerar que a desabone tecnicamente.

Guarulhos, 06 de fevereiro de 2024.

Sandra Regina Diniz Rodrigues Gehlen
CF 60.686
Gestora do Contrato/ Chefe de Divisão Técnica

Valeria Beatriz de Oliveira Sparano
CF. 26.178
Gestora suplente do Contrato

Patrícia Paulino do Carmo Frigoli
Diretora de Departamento

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luciano Tadeu da Costa, em terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 11:50:00 GMT-03:00, CNS: 11.209-4 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº /2022-DLC	
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº /2022	
CONTRATADA: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CASÁRIO LANGE	**CÓDIGO: 74704**
OBJETO: Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas.	

1. PREÂMBULO

1. **PARTES: MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, com sede à Avenida Bom Clima nº 90, Jd. Bom Clima – Guarulhos/SP, inscrito no CNPJ sob nº. 46.319.000/0001-50, a seguir denominado simplesmente **CONTRATANTE,** representado pelo **Secretário da Saúde, Sr. RICARDO RUI RODRIGUES ROSA**, e a empresa **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE,** CNPJ nº 50.351.626/0001-10, estabelecida à Avenida São Paulo, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, CEP 18.285-000, **Fone:** (15) 3246-1410, **e-mail:** licitacao@bhcl.org.br, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada pelo signatário ao final identificado, a seguir denominada simplesmente **CONTRATADA,** ficando as partes subordinadas às disposições da Lei Federal nº 8.666/93, de 21 de junho de 1.993, e condições constantes deste contrato.

2. **FUNDAMENTO:** Este contrato decorre de autorização de autoridade competente, que se acha juntada nos autos do **Processo Administrativo nº 59014/2022,** fundamentado **no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93**.

2. DESCRIÇÃO E CONDIÇÕES

1. **OBJETO:** Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas, conforme especificações do Anexo I – Termo de Referência;
2. **JUSTIFICATIVA:** Destina-se a atender os pacientes da atenção primária nas unidades de saúde, bem como dos pacientes do Centro de Especialidades CEMEG Pimentas, devidamente justificado às fls. 04/40 ;
3. **LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:** A prestação de serviços assistenciais da atenção primária, serão realizados nas unidades básicas de saúde, mediante grade de indicação realizada pelo Departamento de Assistência Integral à Saúde – DAIS que poderá ser alterada conforme necessidade da Municipalidade, bem como os serviços de gestão compartilhada no Centro de Especialidades CEMEG PIMENTAS, objeto da presente licitação serão realizados na forma definida na proposta da contratada e **no Anexo I** deste contrato, correndo por conta da CONTRATADA todas as despesas diretas, indiretas, bem como todos os impostos e tributos que houver.
4. **GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**: Nos termos do Artigo 67 da Lei 8666/93, e em observância ao regulamentado pelo Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que estabelece as atividades e os procedimentos a serem observados pelas unidades gestoras e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta, e com o fim de dar cumprimento ao quanto disposto no art. 6º, o Titular do Órgão demandante (Ordenador da Despesa) **designou** como **Gestor e Fiscal** deste contrato os servidores da **Secretaria da Saúde.** A nomeação se deu por meio de despacho exarado nos autos do Processo Administrativo em referência às fls. 185.

3. PRAZOS

1. **PRAZO DE DURAÇÃO:** Este contrato tem vigência de **180 (cento e oitenta) dias**, contados **da data de sua assinatura**, podendo o término da vigência se dar antes dos 180 (cento e oitenta) dias em caso de conclusão do processo de contratação regular.
2. **PRAZO DE EXECUÇÃO:** o prazo para iniciar os serviços é de 05 dias contados da data da assinatura do contrato.

4. VALOR, RECURSOS, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES

1. **VALOR:** O valor estimado deste Contrato é de **R$ 37.798.153,06 (Trinta e sete milhões, setecentos e noventa e oito mil, cento e cinquenta e três reais e seis centavos).**

2. **RECURSOS:** A despesa onerará inicialmente as dotações abaixo codificadas:

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
0791.1030200032.020.02.3000234.339039.797

3. **FORMA DE PAGAMENTO:** Serão efetuados exclusivamente pelo Fundo Municipal de Saúde, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada, em conformidade com as instruções normativas contidas na Portaria n° 003/2017 SF.

4. A Nota Fiscal deverá ser compatível com o contrato social sob pena de não efetuar o pagamento.

5. O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente, mediante TED nos termos da legislação vigente, e conforme Decreto Federal nº 7.507 de 27 de junho de 2011.

6. **REAJUSTE:** O(s) valor (es) expresso(s) neste contrato serão irreajustáveis.

5. DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

1. A Prefeitura do Município de Guarulhos - SP reserva-se no direito de não receber as prestações de serviços em desacordo com o previsto neste instrumento, podendo cancelar o contrato e aplicar o disposto no art. 24, inciso XI da Lei Federal n.º 8.666/93.

2. O (A) CONTRATADO (A) comprometer-se-á a dar total garantia quanto à qualidade dos serviços prestados, bem como efetuar a substituição imediata, e totalmente às suas expensas de quaisquer profissionais que não atendam às exigências do Termo de Referência.

3. Correrão por conta da contratada todas as despesas de seguros, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários, decorrentes do objeto licitado.

4. Serão acordados pela Secretária Municipal de Saúde conforme suas necessidades, as prestações dos serviços.

5. O prazo de execução dos serviços licitados será determinado pela secretaria, levando em consideração os serviços a serem realizados, podendo o término da vigência se dar antes dos 180 dias, mediante conclusão de Chamamento Público para gestão ordinária dos serviços na rede municipal de saúde.

6. Os serviços licitados deverão ser executados por profissionais especializados, em número suficiente para execução dos serviços sem interrupção do mesmo, os quais não terão nenhum vínculo empregatício com a Prefeitura do Município de Guarulhos, sendo de exclusiva responsabilidade da licitante vencedora as despesas com todos os encargos fiscais e comerciais e todos os encargos de possível demanda trabalhista, civil ou penal, relacionadas à execução dos serviços, originariamente ou vinculada por prevenção, conexão ou contingência.

7. São de responsabilidade da licitante vencedora todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados na execução dos serviços ou em conexão com ele;

8. A licitante vencedora é obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir de imediato e por sua conta, no total ou em parte, quando se verificarem irregularidades resultantes da execução dos serviços prestados ou não cumprimento das especificações dos serviços previamente estabelecidas.

6. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. **A CONTRATADA** assume integral responsabilidade pelo pagamento dos encargos fiscais, comerciais, trabalhistas e outros que decorram dos compromissos assumidos neste contrato, não se obrigando o CONTRATANTE a fazer-lhe restituições ou reembolso de qualquer valor despendido com estes pagamentos.

2. Os serviços prestados deverão ser executados de acordo com as especificações constantes neste contrato, e na forma prevista na proposta, bem como no Termo de Referência, dentro dos prazos estabelecidos, sob pena de incorrer a CONTRATADA, nas sanções previstas.

3. Executado o objeto contratual, será ele recebido em conformidade com as disposições contidas no Art. 73 da Lei Federal 8.666/93.

4. As responsabilidades das partes na execução deste Contrato são as comuns nele implícitas ou expressas, com base na Lei de Licitações, e aos demais instrumentos legais que regem o assunto.

5. Prestar os serviços objeto deste TERMO de acordo com as diretrizes técnicas fixadas pela SMS, pelo Departamento de Assistência Integral à Saúde – DAIS.

6. Dispor os recursos materiais e humanos necessários para o bom desenvolvimento das ações contidas no Termo de Referência e à execução do objeto deste contrato.

7. Responsabilizar-se para que não ocorra prejuízo de continuidade na prestação dos serviços.

8. Identificar nos registros de atendimento do paciente o número do Cartão Nacional de Saúde.

9. Apresentar além dos documentos e dos relatórios das atividades já referidos, outros, sempre que solicitados pela CONTRATANTE Prefeitura de Guarulhos/SP;

10. Comunicar de imediato a CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente TERMO.

11. Disponibilizar, para fins de acompanhamento da execução dos serviços, avaliação e/ou auditoria, à equipe técnica da CONTRATANTE acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes.

12. Manter lista e/ou escala atualizada dos profissionais que realizarão os atendimentos e fornecer cópia da mesma sempre que solicitado pela Secretaria da Saúde;

13. Apresentar as inscrições destes profissionais nos respectivos conselhos de classe.

7. SANÇÕES E RESCISÃO

1. ADVERTÊNCIA;

2. MULTAS; em cada caso, aplicar-se-á:

a) 20% (vinte por cento) por inexecução **total** do objeto, incidente sobre o valor contratado.

b) 20% (vinte por cento) por inexecução **parcial** do objeto, incidente sobre o valor da parcela inadimplente.

c) 0,33% (trinta e três centésimos por cento) **por dia de atraso**, sobre o valor total contratado ou sobre a parcela inadimplente, conforme o caso.

c.1) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeito de aplicação de penalidade.

d) 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos, mais multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos não forem sanados, contados da data em que a Administração tiver comunicado à empresa a irregularidade.

d.1) Os atrasos por problemas técnicos que perdurarem por mais de 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para os efeitos das aplicações das penalidades.

e) 10% (dez por cento), por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

3. SUSPENSÃO: Impedimento de licitar e de contratar com a Administração Pública Direta Municipal e Autárquica Municipal, pelo prazo de até **02 (dois) anos** conforme dispõe o art. 87, inciso III da Lei 8.666/93.

4. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei n.º 8.666/93.

2. Será garantido ao CONTRATADO o direito de apresentação de prévia defesa, nas hipóteses em que se tiver por cabível a aplicação das penalidades, em conformidade com o disposto no artigo 87, da Lei 8.666/93, bem como, direito a interposição de recursos nos termos do Artigo 109 da mesma Lei.
3. As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas neste contrato não impedem a aplicação de outras sanções previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais, podendo ser aplicada isoladamente ou cumulativamente.
4. O prazo para pagamento das multas será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação da empresa apenada. A critério da Administração e sendo possível, o valor devido será descontado da eventual garantia prestada. Não havendo pagamento, o valor será inscrito como dívida ativa, sujeitando a devedora a processo executivo.
5. A rescisão contratual se dará nos casos elencados no artigo 78, e na forma estabelecida no artigo 79, com as consequências previstas no artigo 80, todos da lei Federal 8.666/93, sem prejuízo das sanções enumeradas no artigo 87 do mesmo diploma legal.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

1. **CONDIÇÕES INTEGRANTES:** Ficam fazendo parte integrante deste, independentemente de transcrições, as informações do processo de que o mesmo decorre e a proposta da CONTRATADA, esta somente naquilo em que não colidir com as disposições legais e o **Anexo I – Termo de Referência.**
2. **ACRÉSCIMOS OU SUPRESSÕES:** A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial contratado.
3. É vedada a subcontratação, cessão ou transferência no todo ou em parte do objeto contratado, sem expressa anuência do Contratante.
4. **MANTENÇA DAS CONDIÇÕES HABILITATÓRIAS:** A CONTRATADA deverá manter, durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, as condições habilitatórias exigidas na respectiva licitação.
5. Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018) e ao Decreto Municipal nº 38.145/2021 e alterações.
6. **FORO:** As partes elegem, em comum acordo, o Foro desta Comarca de Guarulhos, como seu domicílio legal, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento deste contrato.

Estando as partes concordes com as cláusulas transcritas no presente Contrato, assinam os representantes, em duas vias de igual teor e forma, conforme normas estabelecidas pela Legislação vigente.

Guarulhos,

RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Secretário da Saúde

ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
Nome legível:
RG:
CPF:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Este Termo de Referência apresenta informações para subsidiar a Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas, pelo prazo máximo de vigência de 180 dias, com cláusula resolutiva mediante conclusão de Chamamento Público para gestão ordinária dos serviços na rede municipal de saúde.

2. SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO OBJETOS DO CONTRATO EMERGENCIAL

Rede de Atenção Primária à Saúde, funcionando de segunda a sexta-feira, das 07:00 horas às 17:00 horas, na gestão e coordenação do corpo clínico.

CEMEG Pimentas funcionará de Segunda a Sexta - feira das 07:00 às 19:00 horas.

A carteira básica geral de serviços do **CEMEG** é composta de:

- Serviços de consulta de atendimento especializado de suporte a rede básica de saúde;
- Serviços de suporte diagnóstico para os pacientes atendidos, sempre coerentes com a estrutura de oferta definida e com a incorporação de sistemas tecnológicos e/ou eletrônicos;
- Serviço de diagnóstico por imagem;
- Serviço de apoio diagnóstico interno e externo;
- Linhas de cuidado de alta resolutividade, definidas para cada especialidade e contempladas segundo processos clínicos ou problemas de saúde mais relevantes/ prevalentes na região;
- Central de “Pronto Atendimento Digital”
- Central de Pré-Natal Digital”
- Instrumentalização de “Assistência Virtual” integrada a plataforma digital
- Instrumentalização para monitoramento individualizado de doenças crônicas integrada a plataforma digital, visando atender os indicadores do PREVINE Brasil evitando perdas de arrecadação.
- Central de qualificação e monitoramento de filas de espera
- Central de Regulação do Acesso Digital

Em relação aos casos de natureza cirúrgica, deve prestar o atendimento terapêutico e/ou diagnóstico, em procedimentos de pequeno porte, seguindo os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. Quanto ao seguimento especializado em Ortopedia/Traumatologia fica definido a oferta de equipe multiprofissional voltada ao acompanhamento pós-atendimento de emergência das nossas unidades, sejam de natureza não cirúrgicas, assim como as de eventuais indicações cirúrgicas disponibilizando a triagem dos pacientes, oferecendo todo seguimento necessário.

Garantir ofertas em medicina diagnóstica nas modalidades de análises clínicas, diagnóstico por imagem, e métodos gráficos, de acordo com as necessidades dos usuários dos serviços, responsabilizando-se pelos insumos permanentes e descartáveis necessários para tal execução.

A Unidade deverá garantir as ofertas dos serviços constante neste termo, dos seguintes serviços: exames de serviço de apoio diagnóstico externo, todos os exames necessários de serviço de apoio diagnóstico interno, atendimentos de consultas médicas especializadas, atendimentos multiprofissionais não médicos, procedimentos cirúrgicos, e demais atendimentos de enfermagem o que inclui, administração de medicamentos, curativos, pequenos procedimentos etc.

As eventuais internações e outras demandas necessárias em nossa rede de assistência deverão ser referenciadas e reguladas pelo Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de GUARULHOS.

3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS
O atendimento ambulatorial compreende:

3.1 Primeira consulta:
Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS-Unidades Básicas de Saúde, ao ambulatório, agendados pelo serviço de agendamento municipal para atendimento a uma determinada especialidade médica.

3.2 Interconsulta:
Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

3.3 Consultas subsequentes (retornos):
Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias multiprofissionais ofertadas atendendo a demanda interna necessária, as referenciadas da rede básica de saúde, assim como as interconsultas marcadas pelo serviço de agendamento Municipal.

3.4 Cirurgias Ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e Cirurgias Menores Ambulatoriais).

Serão consideradas intervenções cirúrgicas ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Ambulatorial Maior (CA - MAIOR) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõem a presença do médico anestesista, realizados com anestesia locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como Cirurgia Ambulatorial Menor (CA - MENOR) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório. O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3.5 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo e Interno

No âmbito externo, compreende a execução de todos os exames relacionados no anexo deste edital.

O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico consiste na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos necessários no atendimento ambulatorial.

3.6 Descrição dos serviços de Teleassistência

A serem prestados pela Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá viabilizar ações de Teleassistência definidas pela Portaria n° 340 Conforme itens abaixo:

3.6.1 Teleatendimento: atendimento a distância de paciente que já passou em consulta presencial inicial, visando acompanhamento da situação de Saúde, orientações, devolutiva de resultado de exames e marcação de consulta presencial se necessário, podendo ser de dois tipos:

3.6.2 Teleorientação: é a orientação em saúde e/ou relacionada a fluxos e demandas administrativas dos serviços realizados por profissional da Saúde, mediada por tecnologias de informação e comunicação (TIC), com profissional e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

3.6.3 Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão de profissional da saúde para monitoramento OU vigilância a distância de situações OU parâmetros de saúde e/ou doença.

3.6.4 Teleconsulta: atendimento a distância realizado por médico OU profissional de saúde de nível superior mediado por tecnologias de informação e comunicação (TIC), com profissional e paciente localizados em diferentes espaços geográficos para fins de diagnóstico, acompanhamento, orientações, prescrição de receitas e exames e demais ações de Saúde.

3.6.5 Teleinterconsulta e a troca de informações e opiniões entre médicos e/ou profissionais de saúde de nível superior mediado por tecnologias de informação e comunicação (TIC), com profissionais localizados em diferentes espaços geográficos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico de um paciente específico.

3.7 Outros serviços:

A Contratada deverá se responsabilizar pelos seguintes serviços:

3.7.1 Serviços de Controladoria e Segurança: equipe de segurança em todas as portas controlando acessos e fluxos durante o horário de funcionamento, e de guarda de patrimônio nos finais de semana e feriados e demais período de não funcionamento da unidade, utilizando tecnologia de controle e comunicação através de sinais de radiofrequência ou equivalente.

3.7.2 Serviço de Higienização: serviços de limpeza e higienização integral garantida durante o período de funcionamento da unidade.

3.7.3 Serviços de Rouparia e Lavanderia: Rouparia e serviço de lavanderia necessário ao desempenho das atividades do Ambulatório.

3.7.4 Serviço de manutenção: preventiva e corretiva dos equipamentos médicos hospitalares e dos instrumentais e todos os insumos necessários na prestação de serviço ao usuário.

3.7.5 Serviço de manutenção preventiva e corretiva: das instalações prediais, como elevadores, ar-condicionado, rede de gases, rede elétrica, rede de lógica, geradores, cabines primárias de energia, sistema de controle e combate a incêndio, rede de água e esgoto, sistema de vídeo monitoramento e demais equipamentos e redes inclusas na Unidade Ambulatorial.

3.7.6 Reposição de material permanente (mobiliário hospitalar e equipamentos), em planejamento prévio com o Município;

3.7.7 Serviço de gases medicinais.

3.7.8 Programação Visual da Unidade

3.7.9 Serviço de Recepção

3.7.10 Além da execução dos serviços caberá a CONTRATADA a gestão das rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais, devendo manter sistema eletrônico de gestão hospitalar compatível com o sistema informatizado, utilizado pela SMS e processar 100% (cem por cento) da produção de assistência contratada nos sistemas de informatização SIA / SIH DATASUS.

4. DAS DIRETRIZES DE GESTÃO DA UNIDADE AMBULATORIAL

4.1 Gestão de Pessoas:

Deverá haver dimensionamento de pessoal para as atividades previstas durante todo o período de funcionamento da unidade, com vistas a conformar os quadros de pessoal das equipes de saúde multidisciplinares, sendo estes apresentados por categorias profissionais e suas respectivas e peculiares jornadas de trabalho, para cada um dos programas assistenciais ou serviços.

A Proponente deverá elaborar sua proposta comercial considerando as especificações dos serviços e atividades dispostas neste termo, estando ciente e de acordo com eventual cessão de servidores municipais, ocorrendo, neste caso, correspondente abatimento no pagamento dos serviços do Contrato Emergencial.

Os recursos humanos disponibilizados pela Contratada deverão ser qualificados, com habilitação técnica e legal (com registro no respectivo conselho de classe), com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Deverá ainda obedecer às normas legais, em especial da Secretaria de Saúde - SMS, do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

4.2 Governança Corporativa, Assistência e Apoio

A unidade Ambulatorial é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de GUARULHOS, estando subordinada às diretrizes administrativas e às políticas de saúde definidas por esta instância decisória.

A tabela abaixo apresenta o número de profissionais necessários para compor o quadro do CEMEG Pimentas.

Administrativo	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Gerência	01	40 h / Semanais
Supervisor de Setor	01	40 h / Semanais
Administrativo	01	40 h / Semanais
Atendente	13	40 h / Semanais
Especialistas em Saúde	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Assistente Social	1	30 h / Semanais
Fisioterapeuta	3	30 h / Semanais
Fonoaudiólogo	1	40 h / Semanais
Nutrição	2	30 h / Semanais
Psicologia	1	40 h / Semanais
Enfermagem	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Enfermeiro	5	30 h / Semanais
Auxiliar de Enfermagem	12	36 h / Semanais
Técnico em Saúde imobilização ortopédica	6	36 h / Semanais
Técnico em Radiologia	5	24 h / Semanais
Apoio Operacional	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Auxiliar de Limpeza	4	40 h / Semanais
Controlador de Acesso - Diuturno	4	72 h / Semanais

A Contratada deve considerar demanda reprimida para fisioterapia.

4.3 Exames e Procedimentos

Exames e Procedimentos	**Nº Profissionais**	**CH Semanal Total**
Colposcopia	1	10 h / Semanais
Com laudo: Radiologia/Ultrassonografia	3	30 h / Semanais

5. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES ESTIMADAS

5.1 Atendimento Ambulatorial e Telemedicina (Especialidades Médicas)

Consulta médica	**Total**
Primeira Consulta	90.000
Interconsulta	60.000
Consulta Subsequente	90.000
Total	**240.000**

Especialidades Médicas
Alergologista
Cardiologia Adulto
Cardiologia Infantil
Cirurgia Cabeça e pescoço
Cirurgia Vascular
Dermatologia
Ginecologia/ Colposcopia
Endocrinologia
Hematologista
Infectologista Adulto
Infectologista Infantil
Neurologia Adulto
Neurologia Infantil
Oftalmologista
Ortopedia Ambulatorial
Otorrinolaringologista
Proctologista
Psiquiatria Adulto
Psiquiatria Infantil
Reumatologia
Gastroenterologia
Urologia Adulto
Urologia Infantil
Radiologia/Ultrassonografia/laudo

5.2 Especialistas em Saúde

Consulta não médica	Total
Consultas não médicas	22.500
Total	

5.3 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Interno e Externo – SADT

SADT	Exames mensais
Colposcopia	200
Eletrocardiograma (com laudo)	800
Ultrassonografia com e sem doppler	1.600
Pequenas cirurgias	180
Total	**2.780**

6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS (TABELAS DOS ATENDIMENTOS)
6.1 Descrição de Serviços – SADT

Exames Realizados
Colposcopia
Eletrocardiograma
Ultrassonografia / ultrassonografia com doppler:
Ultrassonografia – abdômen total
Ultrassonografia – ap. Urinário
Ultrassonografia – bolsa escrotal
Ultrassonografia – cervical
Ultrassonografia – cotovelo d
Ultrassonografia – cotovelo e
Ultrassonografia – globo ocular órbita monocular
Ultrassonografia – joelho d

Ultrassonografia – joelho e
Ultrassonografia – mão d
Ultrassonografia – mão e
Ultrassonografia – ombro d
Ultrassonografia – ombro e
Ultrassonografia – parede abdominal
Ultrassonografia – pé d
Ultrassonografia – pé e
Ultrassonografia – próstata via abdominal
Ultrassonografia – próstata via transretal
Ultrassonografia – punho d
Ultrassonografia – punho e
Ultrassonografia – tireóide
Ultrassonografia – tornozelo d
Ultrassonografia – tornozelo e

6.2Descrição De Pequenas Cirurgias

Procedimento
Biopsia – boca
Biopsia – faringe
Biopsia – glândulas salivares
Biopsia – laringe
Biopsia – pele e partes moles
Biopsia – próstata
Biopsia – tireoide ou paratireoide
Biopsia – traqueia
Cauterização química
Debridamento de úlcera/necrose
Drenagem de abcesso
Eletrocauterização
Exerese de cisto sebáceo e lipoma
Excisão e sutura de hemangioma pequeno

7. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para finalidade de avaliação deste critério será considerado essencial que o conteúdo aborde explicitamente dois itens obrigatórios:

- Especificação dos Recursos Humanos correspondentes para a execução das atividades propostas

- Organização das Atividades relevantes para execução das atividades previstas

No quadro de RH devem estar previstas as seguintes especialidades:

Especialidade	**Carga Horária Semanal Necessária**
Médico Clínico Geral	540
Médico da Família	2.480
Médico Geriatra	40
Médico Ginecologista	360
Médico Ginecologista – Alto Risco	160
Médico Pediatra	300
Médico Psiquiatra	240
Médico Ultrassonografista Geral	40
Médico Radiologista	40
Total	**4.200**

8. TELEMEDICINA

8.1 Central "Pré Natal Digital" (CPND)

A Central Pré Natal Digital (CPND) deverá ser formada por profissionais de saúde que realizarão o acolhimento digital e monitoramento remoto ou presencial de gestantes, puérperas e crianças atendidas nas unidades de saúde do município de GUARULHOS por meio da Plataforma.

Atualmente, a rede de atenção à saúde no município de GUARULHOS atende uma média de 800 gestantes consideradas de alto risco e tem em média, ativas por mês.

Os objetivos da CPND são:

Qualificar a assistência ao pré-natal às gestantes em acompanhamento no município através da teleassistência e monitoramento remoto de pacientes.

- Monitorar a assistência ao pré-natal de acordo com os protocolos e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, identificando possibilidades de adequações à gestão do cuidado, rotina, fluxos assistenciais e acesso aos exames diagnóstico, imunizações, terapêuticas e consultas presenciais.

- Acolher e qualificar os encaminhamentos oriundo de dúvidas das gestantes e puérperas.

- Melhorar a organização de atendimentos especializados e a qualidade da assistência às gestantes e puérperas

- Aumentar a resolubilidade da Atenção Primária, contribuindo assim, para os princípios doutrinários do SUS.

- Acompanhar indicadores de violência obstétrica, complicações ocorridas no período periparto e puerperal das pacientes, de acesso a métodos contraceptivos (principalmente de longa duração).

- Melhorar os indicadores de desfechos finais na gestação.

8.1.1 Atendimento de demandas originadas do aplicativo

Os pacientes a serem atendidos pela CNPD terão origem de demanda por meio do aplicativo através do acionamento ativo do usuário.

O acesso das gestantes, puérperas ao acolhimento digital via aplicativo se dá inicialmente pela funcionalidade "PRÉ NATAL Digital". Os profissionais de saúde receberão informações autorreferidas sobre a condição de saúde das gestantes e puérperas na Plataforma. A central deverá estar disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os profissionais de saúde deverão identificar os pacientes e realizar, dependendo do caso, contato telefônico (nativo na plataforma), videochamada ou mensageria contato telefônico/ videochamada por meio da Plataforma para a realização de Teleconsultas. Ao final da avaliação clínica, os profissionais de saúde deverão realizar as orientações, condutas e referenciamentos necessários.

Os Recursos Humanos necessários para a conformação da Central Pré Natal Digital deverão contemplar: profissional médico (preferencialmente ginecologista/ obstetrícia), enfermeiro (preferencialmente com especialidade em obstetrícia) e técnico administrativo, suficientes para realizar as ações das 7 às 19 horas de segunda a sexta feira.

Todas as condutas deverão ser registradas na plataforma, atendendo os dispostos da Legislação Municipal e Conselhos de Classe.

Descrição de Equipe Mínima Por Plantão de 12 horas

CPND	Quantidade Necessária Por Plantão 12 horas	Procedimento
Médico	02	Teleconsulta
Enfermeiro	01	Teleconsulta
Técnico Enfermagem	02	Apoio clínico
Técnico administrativo	01	Apoio administrativo

8.1.2 Monitoramento Ativo de gestantes e puérperas

A CPND deverá também realizar o monitoramento ativos das gestantes cadastradas na plataforma pelas unidades de saúde vinculadas na assistência pré-natal presencial ou referenciados pela Área Técnica da Saúde da Mulher Secretaria Municipal da Saúde, por meio de protocolos de acionamento pré-estabelecidos.

O monitoramento ativo do público-alvo destacado deverá ser realizado por profissionais de saúde que deverão identificar os pacientes e realizar dependendo do caso, contato telefônico (nativo na plataforma), videochamada ou mensageria. Ao final da avaliação clínica, os profissionais de saúde deverão realizar as orientações, condutas e referenciamentos necessários, de acordo com os protocolos e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Os Recursos Humanos necessários para a operação do monitoramento ativo das gestantes e puérperas deverão contemplar: profissional enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia) e técnico administrativo, suficientes para realizar as ações de monitoramento de teleassistência e assistencia das 7horas às 19 horas de segunda a sexta feira.

As situações clínicas diagnosticadas durante a teleasssistência/ teleconsulta que remetam a necessidade de intervenção de profissional médico deverão ser encaminhadas à Central do Pré Natal Digital por meio de acionamento direto do profissional assistente à plataforma de saúde e teleassistência, conforme protocolo e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Todas as condutas deverão ser registradas na plataforma, atendendo os dispostos da Legislação Municipal e Conselhos de Classe.

Todos os atendimentos realizados pela equipe da CPND deverão estar disponibilizados para a consulta e acompanhamento conjunto da unidade de saúde responsável pela assistência pré-natal presencial e maternidade.

O monitoramento ativo também poderá ocorrer de forma remota, através de instrumentos e ferramentas de Assistência Virtual.

O monitoramento remoto ativo, de gestantes, puérperas e crianças poderá ser realizado em horário comercial estendido (segunda-feira a sábado, das 07:00 às 22:00.

O monitoramento remoto ativo consiste em monitoramento apoiado por mecanismos automatizados de ligações telefônicas e mensagens de texto, integrados à plataforma. A Assistência Virtual deverá intermediar a comunicação entre pacientes (gestantes, puérperas e crianças), CPND e unidades de saúde por meio mensagens e/ou ligações automatizadas ("bots") e alertas via Plataforma.

Deverão ser escopo do monitoramento as seguintes ações junto ao público-alvo:

8.1.3 Gestantes

Realizar contato com as gestantes de alto risco em acompanhamento na rede pública municipal por meio de busca ativa através de ligações telefônicas realizadas por enfermeiras devidamente capacitadas para tal e médicos especialistas (quando identificada a necessidade) seguindo a periodicidade abaixo:

a) Gestantes de Baixo Risco- realizada por processos automatizados (Monitoramento Remoto Ativo/ Assistente Virtual):

- 4 a 28 semanas: uma ligação/contato a cada 4 semanas;
- 28 a 36 semanas: uma ligação/contato a cada 2 semanas;
- 36 a 41 semanas: uma ligação/contato semanal;
- acima de 41 semanas: uma ligação/contato a cada 2 dias.

b) Gestantes de Alto Risco – realizada por profissional de saúde (Monitoramento Ativo):

- 4 a 28 semanas: uma ligação/contato a cada 4 semanas;
- 28 a 34 semanas: uma ligação/contato a cada 2 semanas;
- 34 a 39 semanas: uma ligação/contato semanal;
- 39 a 41 semanas: uma ligação/contato a cada 3 dias
- acima de 41 semanas: uma ligação/contato a cada dia.

Observação: deverá ser considerado "contato sem sucesso" após três tentativas de ligações não atendidas, realizadas em três horários distintos, respeitando o intervalo mínimo de 8 horas

Identificar em tais ligações possíveis desvios no protocolo municipal e sanar o que for possível por meio digital além mandar alertas (via plataforma) à unidade de referência da paciente nas situações em que a solução deva seguir via unidade de referência.

O atendimento médico individual por profissional contratado realizado será considerado teleconsulta e deverá observar e ter respaldo nas leis vigentes dos atendimentos a distância, com exceção de casos de matriciamento, onde o responsável pelas condutas é o médico assistente ou enfermagem.

8.1.4 Puérperas

Realizar contato com puérperas em acompanhamento na rede municipal por meio de busca ativa através de ligações telefônicas realizadas por enfermeiras devidamente capacitadas para tal e médicos especialistas (sempre que for identificada sua necessidade) seguindo o critério abaixo:

c) Puérperas de Baixo Risco – realizada por Monitoramento Remoto Ativo/ Assistente Virtual):

- 1 ligação em até 10 dias após o parto;
- 1 ligação de 40 a 50 dias após o parto.

d) Puérperas de Alto Risco – realizada por profissional de saúde:

- 2 Ligações semanais
- 1 ligação de 40 a 50 dias após o parto

Identificar em tais ligações possíveis complicações intra e pós-parto sanando-as ou alertando à rede sobre seu acontecimento.

Garantir a apresentação e o acesso a métodos contraceptivos por meio de comunicação com a rede básica de assistência e do agendamento de inserção do DIU (Dispositivo intrauterino) nos equipamentos municipais de Saúde com agendas adequadas para este procedimento.

Emitir alerta/identificação na Plataforma conforme identificação de casos que necessitem de intervenção do serviço de pré-natal e monitorar recebimento e retirada do sistema deste alerta/identificação conforme a UBS resolva o caso.

8.1.5 Crianças

Realizar contato com os responsáveis e cuidadores dos recém-nascidos de risco por meio de busca ativa através de ligações telefônicas realizadas por enfermeiras devidamente capacitadas para tal e médicos especialistas (sempre que for identificada sua necessidade) seguindo o critério abaixo:

- RN de risco indicados pelas maternidades
- 1 ligação para cuidador responsável 1 vez por mês até 2 anos de idade ou até o caso não ser mais de risco (o que acontecer primeiro)

8.1.6 Monitoramento de Transmissão Vertical

Realizar o monitoramento de gestantes com sífilis identificadas pela rede de saúde municipal, no que diz respeito ao seu tratamento: o acompanhamento laboratorial pós-tratamento e também o acompanhamento da criança exposta ou com sífilis congênita emitindo alertas/identificação para a unidade de saúde referenciada do paciente quando há possível falha no acompanhamento, de acordo com as diretrizes técnicas da área técnica da Saúde da Mulher de SMS.

Realizar o monitoramento de gestantes com o HIV e da criança exposta ao HIV de acordo com os protocolos assistenciais: PCDT transmissão vertical do HIV (MS); PCDT – IST (MS), Linha de Cuidados (SMS).

Descrição de Equipe Mínima

Central Pré-Natal Digital	**Quantidade Necessária**	**Carga horária semanal**	**Procedimento**
Médico Supervisor	01	40	Supervisão e Responsabilidade Técnica
Enfermeiro Supervisor	01	36	Supervisão e Responsabilidade Técnica
Enfermeiro Obstetra	01	36	Acolhimento/Monitoramento
Técnico de enfermagem	03	36	Acolhimento/Monitoramento
Técnico Administrativo	01	40	Apoio administrativo

9. Central de "Telemedicina de Especialidades"

O **CONTRATO EMERGENCIAL** deverá operacionalizar as ações da Central de Telemedicina de Especialidades (CTE) a ser estruturada junto a Central de Regulação Digital para acolhimento das demandas da rede a serem atingidas por meio de tecnologias de informação e comunicação diretamente ao paciente ou por meio de interação entre profissionais de saúde.

As atividades deverão ser realizadas por equipe mínima composta por médicos, profissionais de saúde de nível superior e técnica, capacitadas para a atendimento das especialidades em suas modalidades, com foco nas seguintes especialidades:

- Alergologista
- Cardiologia
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologista
- Hematologia
- Infectologista
- Mastologista
- Nefrologista
- Neurologista
- Ortopedia
- Pediatra
- Pneumologista
- Proctologista
- Psiquiatria
- Reumatologista
- Radiologia
- Urologista
- Vascular

A Central de Telemedicina de Especialidades deverá estar disponível de segunda a sexta-feira das 7 horas às 19 horas.

A Central de Telemedicina Especialidades deverá realizar as suas ações assistenciais na plataforma de teleassistência homologada pela Secretaria Municipal de e na plataforma de regulação CROSS.
A Central de Telemedicina Especialidades atuará sob demanda direta da rede assistencial por meio da plataforma CROSS.
O CONTRATO EMERGENCIAL deverá providenciar junto aos seus colaboradores a capacitação para a prática da Teleassistência/ Telemedicina e utilização da plataforma e CROSS, com o apoio e supervisão técnica da Secretaria Municipal de Saúde.
Os objetivos da Central de Telemedicina Especialidades e Urgências são:

- Qualificar de forma eficiente e segura as demandas correlatas (neurocirurgia, neurologia, ortopedia e traumatologia, clínica médica com enfoque em cardiologia e terapia intensiva) de urgências e emergências da rede de assistência;
- reduzir o tempo de espera por meio do processo de regulação do acesso;
- melhorar a organização de leitos especializados e a qualidade da assistência;
- Organização da Rede de Atenção a Urgência e Rede Hospitalar do município de GUARULHOS.
- Organização da Rede de Especialidades do município de GUARULHOS
- Ter ações resolutivas mesmo se necessário atenção presencial com a finalidade de eliminar a lista de espera.

São modalidades assistenciais a serem desempenhadas pelo **CONTRATO EMERGENCIAL:**

Interconsulta

Os médicos especialistas do **CONTRATO EMERGENCIAL** receberão informações relatadas por médicos solicitantes, lotados em Equipamentos de Saúde que também deverão ser usuários da plataforma de Teleassistência/telessaude fornecida pela CONTRATADA pertencentes à Rede Municipal, sobre a condição de saúde de pacientes previamente à alocação do caso na plataforma CROSS com o intuito da resolução do caso por meios virtuais se possível e necessário. Os médicos especialistas deverão identificar os pacientes e realizar contato telefônico, vídeo chamada ou mensageria síncrona a assíncrona com o médico solicitante por meio da Plataforma para a realização de tele interconsulta ou caso necessário consulta presencial. Ao final da avaliação clínica, os médicos deverão realizar as orientações, condutas e referenciamento necessários. Caso haja a necessidade de encaminhamento para a regulação local ou estadual, deverão também avisar ao solicitante do caso. Todo o ato médico realizado deverá estar de acordo com as diretrizes éticas e legais estabelecidas pela Legislação Municipal e Conselho Regional de Medicina.

Regulação

Os médicos especialistas do CONTRATO EMERGENCIAL realizarão a regulação dos pacientes que receberem a tele interconsulta por meio Teleassistência que necessitarem de transferência hospitalar por meio da Plataforma CROSS. A regulação deverá ser realizada conforme grade de referência municipal e será supervisionada pela Coordenação da Central de regulação de Urgências e Emergências.

9.1 Motor de processos para gerenciamento da "Assistência Virtual" integrado à PLATAFORMA

O CONTRATO EMERGENCIAL deverá prover a instrumentalização e operação de ferramenta de motor de processos para gerenciamento da "Assistente Virtual", integrada a plataforma.

A ferramenta "motor de processos", integrada a plataforma, deverá disponibilizar e gerenciar, de forma estruturada e segura, as ações de contato massivo e automatizado definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme protocolos previamente estabelecidos.

A "Assistência Virtual" deverá se tornar um veículo de comunicação que permitirá a interação entre a Secretaria Municipal de Saúde e munícipes, por meio de ligações telefônicas e/ou mensagens automatizadas ("bot").

Este modelo deverá ser configurado para o acionamento ativo (Secretaria Municipal de Saúde, por meio do **CONTRATO EMERGENCIAL sempre integrado à plataforma oferecida pela CONTRATADA**, aciona o usuário por meio de Assistente Virtual) ou acolhimento receptivo (usuário aciona a Assistente Virtual) com transbordo integrado em forma de criação de atendimento na plataforma.

Esta conexão, não obstante, à sua operacionalização massificada, deverá ser customizada para cada público-alvo.

A "Assistência Virtual" também poderá ocorrer no modelo de comunicação virtualizada de mensageria: SMS, WhatsApp e e-mails.

Quaisquer tipos de interações entre o assistente virtual e o paciente ou de uma ocorrência inerente a um atendimento específico deve ser transmitida para os profissionais de saúde através da geração de um atendimento diretamente na plataforma de forma automatizada, integrado a plataforma de telessaude/Teleassistência. A possibilidade de transbordo para humano a uma central de profissionais em casos pré-definidos também deve ser viabilizada.

O Motor de processos, deverá conter as seguintes características:

- Se totalmente interoperável com a plataforma de Telessaúde/Teleassistência disponibilizada pela CONTRATADA;
- Possuir ferramental para que a gestão técnica da SMS possa aplicar seus protocolos e criar as interações necessárias para recepção ou geração das interações através dos múltiplos canais (*bot, chatbot*, e-mail etc.);
- Todas as ações geradas pelo assistente virtual, via motor deverão ser registradas para fins de auditoria e verificações;
- Possuir painéis acessíveis pelos profissionais de saúde, para verificação de suas atividades, com detalhamento total de suas ações na plataforma, integráveis;
- Em qualquer um dos canais de comunicação, o motor deverá, através de API, permitir a integração com a plataforma, em tempo real, executando minimamente as seguintes ações:
  - Pesquisa na base de pacientes por telefone, nome, CPF e CNS;
  - Abertura de atendimentos na plataforma;
  - Inclusão de interações e encerramento com diferentes motivos de desfechos nos atendimentos na plataforma;
  - Inserção de marcadores aos pacientes, e quaisquer outras ocorrências na jornada dos atores.
  - Listas de Trabalho: Permitir que a municipalidade, em diferentes níveis, de gestão e de operação, defina listas de trabalho para comunicação massiva, permitindo a execução de ações em larga escala com facilidade, sem precisar remanejar os profissionais de suas atividades assistenciais.
  - Monitoramento: Todos os pacientes que estejam enquadrados em algum tipo de definição através das marcações da plataforma ou do motor de processos, serão monitorados através de mecanismos que permitam este tipo de funcionalidade atingi-los por via da omnicanalidade, seja via assistente virtual ou pelos profissionais de saúde. Todos os dados de monitoramento deverão ser armazenados no repositório de dados da plataforma. Deverá haver ferramental para que determinado(s) paciente(s) possa ser indicado para monitoramento, seja através de marcações executadas por profissionais de saúde ou pelas definições automáticas.
  - Acompanhamento: As ações de monitoramento e acompanhamento de Grupos alvo, como, doenças transmissíveis e crônicas, seguem protocolos bem definidos, desde o espaçamento entre contatos, questionamentos a serem realizados e fluxos a serem seguidos dependendo das respostas aos questionamentos. Graças a essas características, esse tipo de ação pode facilmente ser realizada por um autômato. O Autômato deve permitir que um mesmo paciente possa ser monitorado por várias vezes seguidas, e todos os registros sejam descritos no mesmo conjunto de atendimentos. Permitir que os profissionais possam "marcar" os pacientes para suas listas de atividades através de contextos pré-estabelecidos, tais como doenças pré-existentes, ou pertencimento a uma unidade de referência. Essa marcação/identificação deve ser configurável pelos administradores da plataforma de forma dinâmica sem a necessidade de solicitação de desenvolvimento.

A identificação deverá permitir a junção de Grupos de pacientes e subgrupos além de permitir que funcionem de forma individual e sem vínculo.

• Performance: A utilização de uma ferramenta de gerenciamento de assistência virtual permitirá a SMS alcançar mais pacientes, em menos tempo sem perder a força de trabalho que mantem as unidades operando normalmente. Desta forma a municipalidade aumentará a cobertura a população, sem requerer um aumento de recursos humanos

• Scripts sob medida: Em todas as condições para se executar acompanhamento / monitoramento ou contato com os pacientes, o ferramental tecnológico deverá permitir que sejam criados scripts tanto de conexão com os pacientes através da omnicanalidade quanto de contatos direto entre os profissionais de saúde. Espera-se que os scripts possuam padrões de workflow onde as atividades possam ser delineadas para atendimento de uma determinada condição estabelecida pelos protocolos técnicos, encadeando todas as possibilidades de contato de forma automática, configurável e padronizada. Os scripts deverão prever desde a comunicação por todos os tipos de contato, assim como opções para sucesso, ou não, nas conexões, desencadeando próximos passos do workflow, que poderão ser desde novas comunicações, passar casos para profissionais de saúde, até inclusão do paciente em listas de trabalho para acompanhamento posterior.

9.2 Ações de Comunicação

As ações de comunicação (ligações telefônicas, envio de SMS e mensagens por WhatsApp) realizadas pela "Assistência Virtual", via motor de processos, deverão ser identificadas e precificadas de forma unitária, e deverão ser apresentadas mensalmente e custeadas como despesas reembolsáveis. Estas despesas serão reembolsadas pela CONTRATANTE limitadas ao valor unitário de cada uma das ações de comunicação devidamente identificadas na apresentação da proposta técnico comercial e contratualizadas.

São exemplos de despesas reembolsáveis:

- Telefonia (SIP – WebRTC): Telefonia (SIP WebRTC) para uso em todas as formas de interação entre os atores da plataforma: LIGAÇÕES outbound (de saída) LOCAIS PARA TELEFONES FIXOS E MÓVEIS NO ÂMBITO NACIONAL- Primeiros 30 segundos cheios e o restante, fracionado de 10 em 10 segundos.
- Videoconferência: Contato entre profissionais e entre profissionais e pacientes via aplicativo disponibilizado pela CONTRATADA para uso em todas as formas de interação entre os atores da plataforma. A forma de reembolso se dará por "minuto cheio".
- SMS: Por envio de SMS com até 160 caracteres para uso em todas as formas de interação entre os atores da plataforma. Deverá ser contabilizado por mensagem enviada.
- WhatsApp: Mensageria via WhatsApp para uso em todas as formas de interação entre os atores da plataforma. Mensagem template é a primeira mensagem enviada de forma ativa para um determinado ator envolvido no presente termo de referência para início de uma conversa, via plataforma ou mesmo automatizado pelo assistente virtual. Este template deve ter validade de, pelo menos, 24 horas, ou seja, deverá ser computada apenas 1 mensagem de template dentro de 24 horas para cada telefone envolvido neste processo para fins de medição. Será contabilizado apenas por mensagem de template enviada.

Caberá à Secretaria Municipal de Saúde definir e controlar o quantitativo mensal de acionamentos a serem realizados pelo **CONTRATO EMERGENCIAL** por meio da "Assistência Virtual" respeitando o limite contratual total definido como teto total.

9.3 Central de "Regulação do Acesso Digital" (CRAD)

O **CONTRATO EMERGENCIAL** deverá operacionalizar as ações da Central de Regulação do Acesso Digital a ser estruturada junto a Central de Regulação do Município de GUARULHOS para apoio à gestão das "filas de espera" das consultas e procedimentos eletivos.

As atividades deverão ser realizadas por equipe mínima composta por médicos, profissionais de saúde de nível superior e técnica, capacitadas para a Teleassistência de urgências, em suas modalidades.

A Central de Regulação do Acesso Digital deverá estar disponível em horário comercial, de segunda-feira a sexta-feira, das 07:00 às 19:00.

A Central de Regulação do Acesso Digital deverá realizar as suas ações assistenciais na plataforma de Teleassistência homologada pela Secretaria Municipal.

A Central de Regulação do Acesso Digital atuará sob demanda direta da rede assistencial por meio da plataforma disponibilizada pelo Contrato Emergencial.

Ficará a cargo da SMS a disponibilização da fila de pessoas separadas por especialidade para a ação da CRAD. As ações de monitoramento ativo da CRAD poderão ser instrumentalizadas por meios do assistente virtual definidos neste contrato emergencial.

Os objetivos da Central de Regulação do Acesso Digital são:

- Qualificar de forma eficiente e segura as demandas correlatas às “filas de espera” das consultas e procedimentos eletivos.
- reduzir o tempo de espera por meio do processo de regulação do acesso assistido por telemedicina;
- melhorar a organização dos recursos e a qualidade da assistência;
- Promover, via plataforma ao cidadão, canal direto de comunicação e assistência aos usuários do município de GUARULHOS

Descrição de Equipe Mínima

Central de Regulação do Acesso Digital	Quantidade Necessária	Procedimento
Médico	03	Teleconsulta
Enfermeiro	05	Teleconsulta
Técnico Enfermagem	10	Apoio clínico
Técnico administrativo	05	Apoio administrativo

10. Exigências Mínimas para operacionalização do CEMEG

Deverá ser assegurado, na gestão da Central de Integração dos Serviços de Saúde e CEMEG, o alcance dos seguintes objetivos:

a) Potencializar a execução dos serviços de saúde:

a.1) Implantação de processos de gestão da demanda por caso, a partir da combinação de: separação de fluxos a partir do risco, metas de tempos de decisão e mudanças no modelo de regulação interna.

a.2) Modelo de atenção ambulatorial que contemple um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

a.3) A clínica ampliada e a gestão da clínica como base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares.

a.4) Equipes multiprofissionais de referência como estrutura nuclear dos serviços de saúde e formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que compartilharão informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

a.5) A horizontalização do cuidado como uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

b) Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

c) Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;

d) Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Município de Guarulhos obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão da Secretaria da Saúde;

e) Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;

f) Garantir o cumprimento das legislações sanitárias vigentes.

11. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

11.1 – A estimativa de pagamento para os serviços do **CONTRATO EMERGENCIAL**, para o período máximo de 180 (cento e oitenta) dias é de **R$ 37.798.153,06** (Trinta e sete milhões setecentos e noventa e oito mil cento e cinquenta e três reais e seis centavos.), sendo que a previsão de pagamento por mês é de R$ 6.299.692,17 (Seis milhões duzentos e noventa e nove mil seiscentos e noventa e dois reais e dezessete centavos).

12. ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE

O CEMEG Pimentas com uma área construída de 250 m², com 01 (uma) único pavimento conforme descrito a seguir:

Obs: Toda a informação abaixo também se encontra disponível na forma de plantas arquitetônicas junto a Prefeitura Municipal de GUARULHOS, para qualquer desdobramento analítico, que se fizer pertinente e/ou necessário.

Item	Relação	Quant.
01	Consultórios	10
02	Salas da Enfermagem	01
03	Sala de Fisioterapia	01
04	Sala de Ultrassonografia	01
05	Sala de Eletrocardiograma	01
06	Almoxarifado	01
07	Sala de pequenos procedimentos	01
08	Sala de curativos	02
09	Central de Material e Esterilização	01
10	Copa	01
11	DML	01
12	Recepção	01
13	Triagem	01
14	Sala NIR	01
15	Área para resíduos comuns, sépticos e recicláveis.	01

13. EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS DISPONIBILIZADOS PELA CONTRATANTE

Para o pleno desempenho das atividades previstas na operacionalização da unidade e se a CONTRATADA entender necessária a aquisição e/ ou alugueres de equipamentos médicos e mobiliários, deverá fazer a justificativa para a Secretaria de Saúde para o uso do recurso.

Equipamento e Mobiliários	Total
Eletrocardiógrafo	01
Colposcópio	01
Aparelho para ultrassonografia	01

Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste contrato emergencial, deverão ser incorporados ao patrimônio do Município,

14. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DO SISTEMA DE SOFTWARE DA TELESSAÚDE

A integração entre as unidades de saúde para realização dos processos de monitoramento ativo, via plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e Gestão em Saúde, será uma nova ferramenta eficaz e eficiente nos processos de trabalho dos profissionais de saúde da rede, além de agregar responsabilização ao trabalho do dia a dia.

O aplicativo móvel e-saúde GUARULHOS será responsável pela adesão da população aos processos da saúde e empoderamento desta. O acesso ao seu prontuário eletrônico será uma conquista trazendo transparência e principalmente o aceite para a continuação.

Com isso, no intuito da expansão do acesso da população aos dados assistenciais, interação com os profissionais da rede e gestão plena da saúde pelos gestores públicos, torna-se pública a realização de um chamamento público nos moldes estabelecidos neste termo de referência para contratação de organização social sem fins lucrativos que atenda ao objeto com os descritivos neste estabelecido.

a) Principais Objetivos

Os principais objetivos esperados do projeto e-saúde GUARULHOS são:

Melhoria na produção e comunicação aos entes financiadores evitando perda de arrecadação

Ampliação da capacidade assistencial e aumento do empoderamento do cidadão no acesso às suas informações de saúde além de fomentar o cuidado e ainda permitindo que o cidadão tenha melhor atendimento em linhas de cuidado e agendamentos, por exemplo;

Melhor Gestão das filas de espera com qualificação das mesmas

Diminuir as perdas primárias e secundárias, reduzindo o absenteísmo e otimizando os agendamentos;

Diminuir a duplicidade de exames, controlando melhor os gastos com saúde e otimizando o atendimento através da disponibilização e visualização integrada do legado ao profissional usuário do sistema;

Aumentar a agilidade e assertividade na resolução dos problemas de saúde dos cidadãos permitindo que a atenção básica se torne cada vez mais resolutiva e próxima da população;

Garantir a segurança técnica e jurídica de procedimentos, através de protocolos de acesso, integridade, confidencialidade e autoria de seus conteúdos e transações;

Incorporar padrões globalizados e alinhados com o SUS para simplificar a integração de informações novas e legadas;

Complementar, quando possível e cabível, as equipes multiprofissionais de forma remota das unidades de saúde: UBS, UPAs, CAPs, Hospitais, etc.

Fomentar cada vez mais a construção e ampliação de um modelo de informações clínicas com o uso de padrões interoperáveis, que auxiliaram a reduzir os custos e garantir o suporte à segurança e à qualidade assistencial promovendo a informatização com sistemas clínicos alinhados.

Identificação dos Atores do projeto e-saúde GUARULHOS:

Pacientes, Profissional / Usuário e Assistente Virtual

Para a compreensão do escopo do projeto e-saúde GUARULHOS, tem-se o modelo anterior para explanar sobre seus principais componentes, sendo:

ATORES:

1) PACIENTES: São todos os munícipes da cidade de GUARULHOS ou mesmo que, porventura não residam nesta, mas que venham a utilizar do sistema público de saúde sob gestão da SMS-GUARULHOS. Através do uso da tecnologia, via o portal do cidadão, que pode ser utilizado através do aplicativo ou web, para acesso aos seus dados e a serviços ofertados pela plataforma e pelo repositório.

PROFISSIONAIS: São todos os profissionais que interagem com a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e Gestão em Saúde para propiciar o atendimento integral aos pacientes, desde a execução de tarefas administrativas às clínicas.

a) ASSISTENTE VIRTUAL: São todas as formas de interação entre os atores profissionais e pacientes mediadas por tecnologias autônomas ou de comunicação utilizando o preceito omnicanalidade. Com o uso massivo da tecnologia e necessidade do acompanhamento de perto da saúde, além da relação de número de paciente x profissionais disponíveis, este passou a ser um ator, que executa processos pré-definidos através de interações por meios de comunicação em massa e largamente utilizados pela população. entre os atores.

Repositório: É o unificador de informações existentes nos diversos legados, resultando em dados higienizados e unificados através das diversas terminologias existentes, sua principal capacidade é coletar informações, tratá-las e divulgá-las através de seu ferramental para os portais do cidadão, plataforma de assistência a gestão em saúde e quaisquer sistemas legados existentes.

Portal do Cidadão: Ferramenta que congrega através de aplicativos ou via portal web, todos os dados dos pacientes, permitindo que os mesmos interajam de forma ativa ou passiva com os profissionais de saúde.

Plataforma de Assistência e Gestão em Saúde: É a plataforma que visa integrar todas as informações em padrões pré-estabelecidos, definidos e aceitos pelas gerencias técnicas da SMS-GUARULHOS, para uso de seus profissionais de saúde, propiciando ainda a instrumentalização da telemedicina de forma massiva para todo o território paulistano.

b) Macrodefinições do Objeto

A seguir as macros etapas e definições, considerando seus três principais componentes:

- Gestão de profissionais para a integração dos Dados Assistenciais e Repositório Municipal de Saúde
- Implantação e gestão da Portal do Cidadão • e-saúdeGUARULHOS (aplicativo e web)
- Implantação de equipe Multiprofissional de assistência com enfoque em telemedicina e Gestão em Saúde

O detalhamento técnico pormenorizado de cada item acima identificado, será tratado individualmente em tópico a seguir deste termo de referência.

c) Regras Matrizes

Os serviços prestados deverão ser desenvolvidos por profissionais devidamente capacitados e contratados pela Organização Social e utilize meio de tecnologias de informação e comunicação que garantam a confidencialidade, privacidade, integridade, autenticidade e irrefutabilidade dos dados clínicos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei n° 13. 709/2018) e RDC 185/2001 da ANVISA quanto às determinações sanitárias vigentes incluindo RDC 657/2022.

Áreas onde a Contratada deverá atuar e realizar a gestão, de acordo com os preceitos legais vigentes e estabelecidos, estão representadas a seguir.

Áreas

Contatos Assistenciais			
Atendimento	Auxílio ao Diagnóstico	Dispensações	Acesso
Registro de Atendimento Clínico	Exames (Laboratório Clínico)	Registro de Imunobiológico Administrado	Regulação
Sumário de Alta	Exames Gráficos	Registro de Medicamentos Dispensados	Agendamentos
Prescrição de Medicamentos	Exames de Imagem	Registro de Órteses e Próteses Dispensadas	Fila de Espera

Serviços de Comunicação			
Assistência / Telemedicina / Teleassistência	Notificações	Mensagens	APP/Web

Sistemas			
SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS	SGH	CNES	Sistemas de Terceiros
APAC	AIH	SIGTAP	Sistemas de outras pastas
Bases DATASUS	Matrix	e-SUS AB	Vigilância Sanitária

Tabela 1 – Descrição de Conteúdos

As especificações técnicas mínimas exigidas estão, de forma detalhada, descritas a partir deste item, neste Plano de Trabalho.

14.1 Plataforma de Integração dos Dados Assistenciais – Repositório Municipal de Saúde

a) Características Essenciais

Os serviços prestados relativos à Plataforma de integração dos Dados Assistenciais/ Repositório Municipal de Saúde deverão ser acompanhados pela SMS, sendo atribuída ao seu coordenador (a) a função de gestor técnico deste Item.

A "Plataforma de Integração dos Dados Assistenciais - Repositório Municipal da Saúde" deverá ser o instrumento de integração e conexão de todos os sistemas digitais legados de saúde do Município de GUARULHOS.

Deverão ser adotadas metodologias de integração em conformidade aos preceitos da LGPD e critérios de interoperabilidade definidos pela Portaria MS n° 1.434, de 28 de maio de 2020.

As conexões aos sistemas digitais legados de saúde deverão ocorrer por demanda da Secretaria Municipal de Saúde, sendo atribuído ao Departamento de Tecnologia de Informação e Comunicação (SMS) o estabelecimento do cronograma e estratégias de integrações com as origens das informações.

Deverão ser garantidas minimamente as manutenções das conexões já existentes no repositório municipal em operação, bem como a "interiorização" do conteúdo atual, sendo garantida a preservação dos bancos de dados de posse da Secretaria Municipal de Saúde.

Toda a documentação da "Plataforma de Integração dos Dados Assistenciais

/ Repositório Municipal de Saúde" a ser operacionalizada deverá ser submetida à aprovação e monitoramento do SMS da Secretaria Municipal de Saúde, detalhando as conexões ("Blue print") definidas, conforme descrita neste plano de trabalho.

Deverá fazer parte deste contrato a ser celebrado, a disponibilização para a SMS, mídia digital sem ônus adicionais, que contenha o banco de dados em padrão SQL•ANSI com todas as operações e transações ocorridas durante a vigência do contrato vigente, incluído ainda dicionário de dados, sob o qual deverá prestar suporte para entendimento da equipe técnica à SMS, sempre que demandada e impreterivelmente o conteúdo total ao final do contrato.

Deverá ser implantado repositório de dados para registro de todas as transações originadas de interações do cidadão com o sistema de saúde. Os registros deverão ser armazenados em formato estruturado. Além dos dados dos contatos assistenciais, o repositório deve armazenar dados de produção do sistema de saúde com a oferta e uso dos serviços de saúde.

Deverão ser implantadas as integrações com todos os sistemas de saúde legados do município (conforme descrito na tabela 1), para que todas as transações relacionadas a ações de saúde e contatos assistenciais sejam registradas no repositório e possam ser consultadas por esses sistemas. Deverão ser adotados os padrões de interoperabilidade em saúde previstos na legislação vigente para a integração entre repositório e os sistemas digitais legados, Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e Gestão em Saúde e a PLATAFORMA DO PORTAL DO CIDADÃO – APP/web / e-saúdeGUARULHOS.

Deverá ser implementada e apresentada a metodologia de higienização do banco de dados (repositório) em operação, incluindo a estratégia de indexação inequívoca de cada paciente para aquisição do "Master Patient Index", respeitando ainda os dados já armazenados e higienizados.

Deverá ser disponibilizada ferramenta de "analytics" para utilização dos dados depositados em data Lake incluindo ferramentas para catalogação, consultas, análise, extração, modelagem e visualização. A customização dos relatórios gerenciais e instrumentos de "business intelligence - BI" deverá ser disponibilizada pela CONTRATADA, sob a demanda de SMS, para armazenamento e fornecimento de relatórios para auxílio a operação e a gestão dos processos de trabalho e assistência da Secretaria Municipal de Saúde.

b) Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e Gestão em Saúde

A Telemedicina, no município de GUARULHOS, é regida pela Resolução 2.314/22 e normas sanitárias vigentes RDC/ANVISA 185/01, NT 04/2012/ GQUIP/ GGTPS/ ANVISA e RDC 657/2022 da ANVISA (SaaMD). A Teleassistência foi regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde de GUARULHOS por meio da Portaria n° 069/2020 e definida como modalidade assistencial realizada remotamente (à distância) mediada por tecnologias de informação e comunicação (TIC), com profissional de saúde e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá viabilizar as ações de atendimento a distância por meio de tecnologias de informação e comunicação (TIC), através de mediação omnicanalidade, ou seja, que possam ser realizadas por distintas vias, incluindo minimamente, mas não se limitando, à SMS, e-mail, push notifications, videoconferência, telefonia digital integrada padrão WebRTC, whatsapp, chatbot e bot. Todas as canalidades de interação deverão respeitar a LGPD quando da transação de informações sensíveis dos atores deste projeto. O preceito de omnicanalidade visa o acesso irrestrito ao paciente respeitando as limitações individuais além de permitir massificação personalizada de ações de saúde determinadas pela SMSGUARULHOS. Deverão ainda garantir os seguintes requisitos:

- Confidencialidade e integridade de todas as informações criadas, recebidas, mantidas e transmitidas;
- Segurança, incluindo salvaguardas físicas, tecnológicas e administrativas;
- Identificação e proteção contra ameaças razoavelmente antecipadas a segurança ou integridade das informações:
- Proteção contra usos ou divulgações razoavelmente antecipados e não permitidos;
- Segurança no processo de tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, seguindo princípios de pseudoanonimização;
- Conformidade completa com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD • Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018);
- Como parte integrante e necessária para o cumprimento da LGPD, os termos de uso dos usuários e pacientes, assim como termo de uso geral da plataforma, deverão ser inseridos para distribuição aos mesmos, através da plataforma baseado nas necessidades definidas e orientadas pela SMS;
- Acesso através da geração de login e senha (chaves) de propriedade única e exclusiva do profissional de saúde;
- A Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá adotar as melhores práticas de guarda e segurança de dados com objetivo de assegurar a privacidade de pacientes e médicos e outros profissionais de saúde que realizarem a TELEASSISTÊNCIA ou mesmo tarefas administrativas. Deverá também contar com criptografia do banco de dados e individualização e separação completa dos módulos de dados cadastrais dos usuários, dos módulos de dados pessoais, assim como de dados pessoais sensíveis.

Os bancos de dados da Plataforma de Teleassistência deverão manter redundância de cópias de segurança (backups), com periodicidade minimamente diária.

A Plataforma de Teleassistência deverá ter conformidade com regras e procedimentos de assinatura eletrônica avançada e/ou qualificada, conforme Medida Provisória n° 983, de 16 de junho de 2020:

- Assinatura eletrônica avançada e aquela que está associada ao signatário de maneira unívoca;
- Utiliza dados para a criação de assinatura eletrônica cujo signatário pode, com elevado nível de confiança, operar sob o seu controle exclusivo; e
- Está relacionada aos dados a ela associados de tal modo que qualquer modificação posterior e detectável.
- Assinatura eletrônica qualificada e aquela que utiliza certificado digital e chave emitida pela infraestrutura de Chaves Publica Brasileira • ICP – Brasil, nos termos do disposto na Medida Provisória n° 2.200•2, de 24 de agosto de 2001.
- Os recursos de tecnologia, informação e comunicação necessários para a prestação de serviços deverão ser pormenorizados pela CONTRATADA por meio de documentação técnica e submetidos para avaliação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.
- A Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá possuir minimamente as soluções já implantadas através do contrato atual.
- A Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá apresentar a interoperabilidade com a Plataforma de Integração dos Dados Assistenciais - Repositório Municipal de Saúde e a Plataforma do Portal do Cidadão
- eSaúdeGUARULHOS para compartilhamento dos dados dos "sistemas", "contatos assistenciais" e "serviços de comunicação" durante o processo assistencial.
- Todos os pacientes na plataforma deverão estar compatíveis com seus cadastros do repositório de maneira síncrona. Assim como atualizar o repositório quando de uma alteração de dados.
- A identidade visual da plataforma, deverá ser configurada de acordo com as definições da SMS.

c) Plataforma do Portal do Cidadão / eSaúdeGUARULHOS

Os serviços prestados relativos à Plataforma do Portal do Cidadão /eSaúdeGUARULHOS deverão ser acompanhados pela SMS, sendo atribuída ao seu coordenador a função de gestor técnico.

Os serviços prestados relativos à Plataforma do Portal do Cidadão / e-saúdeGUARULHOS deverão ser acompanhados pela SEABVS, SEAH e SERMAP, sendo atribuída aos respectivos Secretários Executivos a função de gestor assistencial das funcionalidades que cada Secretaria Executiva definirá para emprego em suas áreas / unidades vinculadas.

A Plataforma do Portal do Cidadão/ e-saúdeGUARULHOS é o módulo de portabilidade das informações de saúde de cada usuário do SUS do município de GUARULHOS, consistido de um canal direto de interação do usuário com a SMS/GUARULHOS.

Esta ferramenta deverá possibilitar ao cidadão o acesso direto as informações de sua saúde geradas pela municipalidade, reforçando o seu vínculo com a Atenção Primária em Saúde e estimulando a participação ativa na estratégia de seu cuidado.

O acesso a esta ferramenta deverá ser realizado por meio de aplicativo de celular (IOS e Android) ou navegador web.

A "Plataforma do Portal do Cidadão/ eSaúdeGUARULHOS" deverá possuir integração nativa com a repositório de dados e com a plataforma de teleassistência com enfoque em telemedicina e gestão de saúde.

d) Requisitos Técnicos Necessários

Front-End

Desenvolvimento em “framework cross-platform”;

Utilizar ferramentas de monitoramento para captura em tempo real de crashes e que permita diferenciação de modelo de dispositivo, versão de sistema operacional e elementos customizáveis para detecção e predição de erros;

Implementar API de medição que permita a captura de dados estatísticos de uso do aplicativo, origem de tráfego, tempo de sessão e navegação do aplicativo, comunicação segura com serviços através de APIs Rest.

Utilizar comunicação segura com serviços através de APIs Rest.

Possuir alta disponibilidade do aplicativo, com uma taxa de SLA de 99% com servidores em regiões dentro do Brasil.

Ferramenta de segurança nativa para Android e iOS para prevenir abusos no uso da aplicação e ataques aos microsserviços.

Back-End

- API com infraestrutura de microsserviços utilizando clusters que permita escalabilidade por serviço.
- Estabelecer acesso à API através de proxy seguro e gerenciado.
- Banco de dados com acesso exclusivo aos serviços, através de comunicação segura, que servirá de proxy com os dados do data lake do aplicativo.
- SLA acima de 99% para garantir alta disponibilidade e performance da API.
- Auto escalabilidade que suporte picos de tráfego não esperados.
- Produtização de API que suporte monetização para cobrança de acesso por terceiros.
- Portal do desenvolvedor, para permitir integrações de outras áreas ou para desenvolvedores externos.
- Versionamento de API nativo, para garantir retrocompatibilidade e evitar indisponibilidade do sistema.
- Acesso e gerenciamento por API, permitindo integração contínua e entrega contínua com os serviços oferecidos pela plataforma de microsserviços.
- Sistema de cache de API, evitando assim chamadas desnecessárias aos microsserviços e preservando a saúde da plataforma.

Segurança

- Autenticação e transmissão segura de dados utilizando JWT e API tokens.
- Utilização em navegador atualizado, de preferência Google Chrome e contar com certificado de segurança SSL (Secure Socket Layer);
- Serviço de proteção de redes que garanta a segurança da plataforma com regras pré-definidas que protejam contra-ataques e vulnerabilidades.
- Controle de acesso geográfico e baseado em IP
- Utilizar serviços de monitoramento e notificação de casos positivos de Covid-19 na cidade de GUARULHOS através de notificação de exposição.
- Proxy de API seguro e resiliente suportando ao menos:

- Suporte a padrões abertos de especificações de API, evitando o acoplamento e lock-in com solução de proxy.
- Políticas de segurança baseadas em diferentes provedores / formatos:

  - Basic authentication

  - OAuth

  - API Key

  - SAML

  - JWT

- Gerenciamento e monitoramento de tráfego de rede incluindo:

  - Prevenção de ataques de negação de serviço.

  - Quotas por produto, API ou utilizador.

  - Balanceamento de carga.

  - Rastreabilidade e acompanhamento de chamadas de APIs para diagnóstico e identificação de potenciais ameaças e problemas de performance.

  - Transformação e mediação de dados

  - Extensibilidade do proxy para garantir integração com sistemas legados e também para atender demandas específicas do aplicativo.

Segurança robusta que garanta:

- Proteção a ameaças em XML, JSON e expressão regular
- Controle de acesso baseado em regras
- Detecção e prevenção de ataques por bots baseado em comportamento

Detecção de anomalias de acesso

- Arquitetura híbrida e PAAS, para garantir a segurança e integração de serviços internos à estrutura governamental.
- Aderência à LGPD para garantia de acesso seguro aos dados

Gerenciamento de Backlog do Produto

A CONTRATADA deverá executar a implementação das mudanças, melhorias, correções e demais ajustes de acordo com a priorização e encaminhamento de SMS, a partir do backlog do produto gerenciado por este departamento em ferramenta definida também por SMS.

Manutenções corretivas

A CONTRATADA deve realizar a correção de falhas (bugs) identificados sem custos adicionais para a CONTRATANTE.

Deverão ser considerados todos os incidentes encontrados durante a utilização do sistema, exceto casos em que os erros apresentados tenham origem em infraestrutura local (computador do usuário ou rede).

A ferramenta para registro de demandas bem como gestão de SLA deverá ser definida por SMS.

Manutenções evolutivas e gerenciamento de mudanças

Deverão ser consideradas solicitações de mudança de escopo no decorrer do projeto, para atender as necessidades apontadas pela CONTRATANTE.

A documentação das mudanças ficara a encargo da CONTRA TADA conforme solicitação de SMS, a partir de backlog do produto gerenciado por este departamento

Documentações do projeto

A CONTRATADA deverá fornecer ao SMS toda a documentação técnica do projeto, incluindo:

- Cronogramas de execução;
- Calendário de treinamentos;
- Relatório de status das demandas;
- Atas de reuniões;
- Documentos de especificação (documentos de visão e documentos de requisitos, quando houver);
- Manuais técnicos e operacionais.
- Treinamentos

Caberá a CONTRATADA a aplicação de treinamento nas soluções desenvolvidas no projeto, para capacitação dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde.

Os treinamentos deverão ser realizados nas instalações das unidades administrativas ou in loco nos estabelecimentos assistenciais.

Deverão ser capacitados profissionais administrativos e da assistência de administração direta ou indireta.

Novas capacitações e materiais de apoio

A CONTRATADA deverá garantir novas capacitações sempre que demandada por SMS OU qualquer área da Secretaria Municipal da Saúde.

A CONTRATADA deverá fornecer materiais didáticos digitais, manuais e instrutivos de uso das ferramentas desenvolvidas no projeto, coma complemento das capacitações

Suporte Técnico

A CONTRATADA deverá garantir o suporte nível 1 e nível 2 no modelo 24x7 para qualquer incidente que provoque a inoperância total ou mesmo parcial dos sistemas do projeto.

Deverão ser oferecidos os seguintes canais de suporte:

- Telefônico
- E-mail
- Chat (na própria ferramenta, WhatsApp ou similares)

- Chamadas VOiP (na própria ferramenta, há
- Resposta por inteligência artificial
- Registro de chamado para suporte presencial

A CONTRATADA deverá garantir flexibilidade no dimensionamento de equipe para o atendimento dos chamados, considerando as fases da implantação, sazonalidades e eventualidades.

A ferramenta para registro de chamados de suporte presencial bem como gestão de SLA deverá ser definida por SMS.

Metodologia de Medição dos Serviço

Os critérios para a medição dos serviços devem seguir o estipulado no modelo de contrato, conforme edital.

Transferência dos dados existentes da PLATAFORMA DE ASSISTÊNCIA COM ENFOQUE EM TELEMEDICINA E GESTÃO EM SAÚDE, PLATAFORMA DO PORTAL DO CIDADAO - APP e-saúdeGUARULHOS e PLATAFORMA DE INTEGRAÇÃO DE DADOS ASSISTENCIAIS.

A CONTRATADA deverá absorver os dados das bases sob posse da CONTRATANTE, considerando as versões anteriores das soluções:

Plataforma de Integração dos Dados Assistenciais - Repositório Municipal de Saúde

Plataforma do Portal do Cidadão - e-saúde GUARULHOS - Plataforma de Telemedicina - Teleassistência

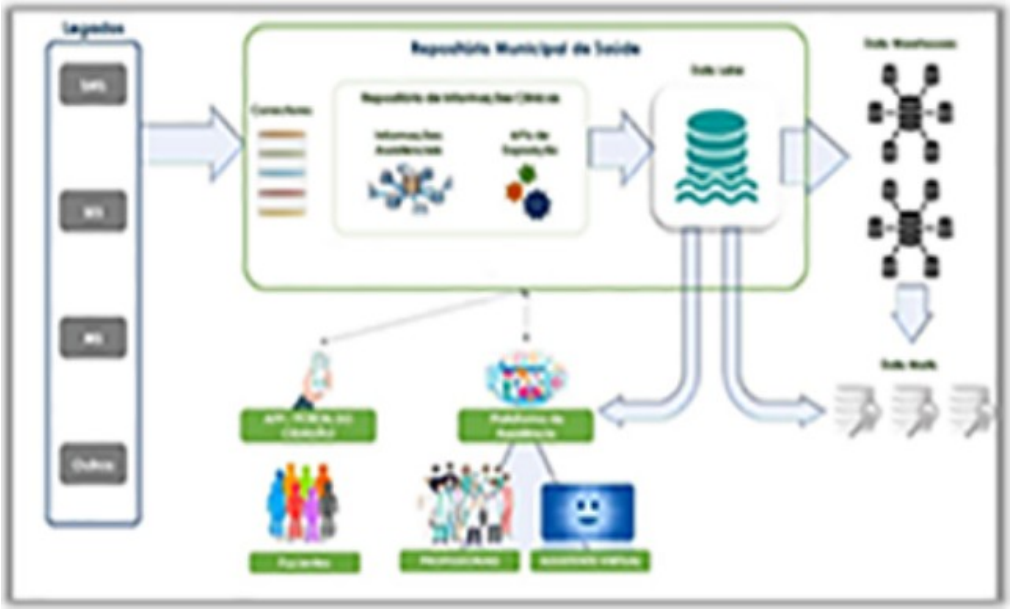
Os dados dos sistemas legados deverão ser reaproveitados nas novas soluções, de modo que não seja preciso realizar recadastramentos ou novas liberações de acessos para os usuários que já possuíam na versão anterior do projeto.

A CONTRATADA deverá ao fim do contrato ou a qualquer momento, segundo solicitação da CONTRATANTE, disponibilizar cópia da base de dados para a mesma, para fins de guarda, nos meios e formatos a serem definidos pela CONTRATANTE.

15. DETALHAMENTO TÉCNICO DA PLATAFORMA DE INTEGRAÇÃO DOS DADOS ASSISTENCIAIS E REPOSITÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Repositório Municipal de Saúde é uma estrutura complexa, estruturada para identificar, indexar os pacientes utilizando o “Enterprise master patient index” e veicular em um único local as informações de saúde geradas em diversos ecossistemas. Entre estes ecossistemas, ressaltamos, sistemas legados, bases de dados terceiras, app/portal do cidadão, sempre organizando e tratando informações que façam sentido para a assistência em saúde, trazendo o munícipe como um ator em seu cuidado de saúde e a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina. Para explorar estes dados de forma exaustiva, sem comprometimento do nível operacional, é criado uma segunda entidade a partir do repositório, o Data Lake, apto a receber, armazenar de forma estruturada, semiestruturada (quando a primeira não for viável), ou não estruturada e recuperar de forma consistente, responsável e ágil.

Figura 3 - Esquema geral e-saúde GUARULHOS / Repositório Municipal de Saúde



O Data Lake, passa inclusive a ser a base que irá suportar informações que não tenham vínculo direto com a assistência à saúde dos pacientes, mas que tenham conteúdo importante para a gestão em saúde, de uma forma estratégica.

A seguir os conteúdos necessários para a construção do repositório e do Data Lake:

Contatos Assistenciais			
Atendimentos	Auxílio ao Diagnóstico	Dispensações	Acesso
Registro de Atendimento Clínico	Exames (Laboratório Clínico)	Registro de Imunobiológico Administrado	Regulação
Sumário de Alta	Exames Gráficos	Registro de Medicamentos Dispensados	Agendamentos
Prescrição de Medicamentos	Exames de Imagens	Registro de Órteses e Próteses Dispensadas	Fila de Espera

Contato Assistencial

Todo contato do cidadão com algum serviço de saúde seja ambulatorial, pré- hospitalar, hospitalar com fins de consulta com profissional de Saúde, realização de exames, procedimentos, internação, vacinação, etc.

Registro de atendimento

Todo atendimento de caráter ambulatorial, pré-hospitalar, domiciliar, teleassistência (entre outros) realizado por profissional de saúde.

Conteúdo: conjunto mínimo de dados

Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming de mensagens

Fontes:

SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS
SGH
Sistema de Telemedicina
Sistemas de Registro de Saúde de Unidades Conveniadas, contratadas ou sob contrato de gestão
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Sumário de alta:
Relato objetivo sabre o motivo da internação, tratamentos dispensados e recomendações I prescrições e estado de saúde do paciente no memento da sua alta. Deve ser elaborado após internação em hospital, hospital-dia, clínica, urgência.
Conteúdo: conjunto mínimo de dados relativos a internação, resumo de alta.
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming de mensagens
Fontes:

SGH
Sistemas de Registros de Saúde de Unidades conveniadas, contratadas ou sob contrato de gestão.
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Prescrições:
Indicação de terapia feita por profissional de saúde.
Conteúdo: conjunto de dados referente a prescrição de terapias por profissionais de Saúde
Forma de disponibilização: API, ferramentas de streaming de mensagens
Fontes: Sistema de Registros de Saúde
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Exames (laboratório clínico):
Exames clínicos e laboratoriais utilizados para auxílio ao diagnóstico em saúde.
Conteúdo: resultado de exames clínicos de laboratórios da rede própria, contratada ou conveniada.
Forma de disponibilização: Plataforma Matrix
Fontes: todos os prestadores de serviços de exames clínicos próprios, contratados ou conveniados.
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Exames gráficos:
Exames que avaliam sinais ou parâmetros fisiológicos do paciente como eletrocardiografia, holter, mapa, espirometria, eletroneuromiografia, etc.
Conteúdo: dados e laudos de exames
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming, disponibilização de arquivos
Fontes: todos os prestadores de serviços de exames clínicos próprios, contratados ou conveniados
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Exames de imagem:
Conteúdo: laudos de exames e link de acesso a imagens
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming, disponibilização de arquivos
Fontes: todos os prestadores de serviços de exames clínicos próprios, contratados ou conveniados.
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Registro de imunobiológico administrado:
Registro de vacinas administradas aos pacientes
Conteúdo: dados de vacinação (imunizante, late, data de aplicação)
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming, disponibilização de arquivos
Fontes: todas unidades que administram imunizantes no Município de GUARULHOS
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Registro de Medicamentos Dispensados:
Fármacos entregues aos pacientes em unidades municipais de dispensação.
Conteúdo: dados de medicamentos dispensados, quantidades,
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming, disponibilização de arquivos
Fontes: todas unidades que dispensam medicamentos no Município de GUARULHOS
Necessários para o repositório, necessários para o Data Lake

Regulação:
Conteúdo: Solicitações de regulação de urgência e eletivas
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming.
Fontes: SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS, BI-SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS, Portal CROSS
Necessários para o repositório, necessários para o Data Lake
Agendamentos:
Conteúdo: agendamento para consultas e exames eletivos (histórico e futuros)
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming.
Fontes: SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS, BI-SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS, Teleassistência.
Existentes no repositório, necessários para o Data Lake
Fila de Espera
Conteúdo: pacientes da rede básica e especializada aguardando agendamento para consultas ou exames
Forma de disponibilização: API, ferramenta de streaming.
Fontes: SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS, BI-SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS.
Necessários para o repositório, necessários para o Data Lake

Descritivo dos sistemas conectores

Deverá possibilitar a integração por meio de webservices, API's ou outros conectores disponíveis nos sistemas legados, de forma síncrona ou assíncrona. Devem também ser considerados os sistemas previstos neste termo ou outros que venham a ser utilizados ou que se façam necessários no contexto do projeto.

Sistemas			
Secretaria Municipal de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Outros Órgãos
SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS	CNES	VACIVIDA	SME
SGH	CADSUS	CROSS	SMADS
GSS	SISAB	Outros	SMG

Matrix	SIA-SUS		SMIT
e-SUSAB	AIH		
PRsistemas	BPA		
FastMedic	SIGTAP		Outros
Sistemas terceiros	Outros		
Outros			

Os Principais sistemas da Secretaria Municipal da Saúde no contexto do projeto

SOTWARE DE GESTÃO GUARULHOS - Sistema integrado de Gestão da Assistência à Saúde: contempla modulo de cadastro de estabelecimentos, profissionais, pacientes, registro de atendimento, agendamentos locais e regulados, APAC, registros de imunização, entre outros.

SGH - Sistema de Gestão Hospitalar: cadastros, internações, gestão de leitos, entre outros.

GSS - Gestão de Sistemas em Saúde: abastecimento, controle de estoque, dispensações, considerando medicamentos e materiais médico-hospitalares e outros itens.

Matrix - Sistema de resultados de exames laboratoriais dos laboratórios próprios.

e-SUS-AB - Sistema federal em uso na gestão municipal para registro das ações nas unidades de atenção primária, contando com cadastro, agendas, fichas de registro dos atendimentos e ações e prontuário eletrônico do Cidadão.

Sistemas Terceiros: Sistemas de instituições parceiras, conveniadas, contratadas e organizações sociais.

Outros: Qualquer outra ferramenta ou sistema que não mencionado ou que venha a ser utilizada ou se faça necessário no contexto do projeto.

Principais sistemas do Ministério da Saúde no contexto do projeto

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: para cadastro e gestão dos estabelecimentos, considerando toda a estrutura física, serviços prestados, bem come sua classificação, profissionais, equipamentos e demais recursos.

CADSUS - Cadastro de Usuários do SUS, para registro e geração do Cartão Nacional de Saúde;

SISAB - Sistemas de Informação da Atenção Básica, para recebimento dos dados das instalações municipais do e-SUS- AB, gestão dos dados e relatórios.

SIA-SUS (BPA, RAAS, APAC) - Para recebimento e gestão das informações de produções ambulatoriais do SUS

SIH-SUS (AIH) - para registro de todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS.

SIGTAP - sistema para gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses do SUS

Outros - Quaisquer outras ferramentas, sistemas ou bases de dados federais não mencionadas ou que venham a ser utilizadas ou se façam necessárias no contexto do projeto.

Principais sistemas da Secretaria Estadual de Educação no contexto do Projeto

VACIVIDA - Para cadastro dos vacinados e registro das aplicações de vacinas de COVID-19.

CROSS - Sistema de regulação do acesso das vagas dos estabelecimentos sob gestão estadual.

Outros - Quaisquer outras ferramentas, sistemas ou bases de dados federais não mencionadas ou que venham a ser utilizadas ou se façam necessárias no contexto do projeto.

Sistemas ou bases de dados das demais pastas da gestão municipal

SME - Secretaria Municipal de Educação - Quaisquer ferramentas, sistemas ou bases de dados venham a ser utilizadas ou se façam necessários no contexto do projeto.

SMADS - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - Quaisquer ferramentas, sistemas ou bases de dados venham a ser utilizadas ou se façam necessários contexto do projeto.

SMG - Secretaria Municipal de Gestão - Quaisquer ferramentas, sistemas ou bases de dados venham a ser utilizadas ou se façam necessários contexto do projeto.

SMIT - Secretaria Municipal de Inovação e Tecnologia - Quaisquer ferramentas, sistemas ou bases de dados venham a ser utilizadas ou se façam necessários contexto do projeto.

Outros - Dados de quaisquer outros órgãos cujos sistemas ou bases de dados venham a ser utilizadas ou se façam necessários no contexto do projeto.

Descritivo dos serviços tecnológicos

Deverão estar previstos serviços tecnológicos que possibilitem a unificação e higienização das bases de cadastros de pacientes, garantindo a interoperabilidade entre diferentes fontes de dados e sistemas de informação, bem como ferramentas que possam trazer maior eficiência a gestão e aos serviços prestados ao cidadão, tais como:

Serviços Tecnológicos			
Master Patient Index	Interoperabilidade FIHR	Interoperabilidade HL7	Inteligência Artificial
Data Lake	Data Warehouse	Analytics	Outros

Master Patient Index (MPI)

Garantir a estratégia de indexação inequívoca de cada paciente;

Interoperabilidade HL7

Suportar padrões estabelecidos pela organização internacional Health Level 7 (HL7), para conectividade e interoperabilidade de sistemas de informação em saúde.

Interoperabilidade FHIR

Suportar padrão Fast Healthcare Interoperability Resources - também da HL7 para troca de dados/informações/registros digitais em Saúde.

Data Lake

Oferecer integrado ao repositório para armazenamento dos dados brutos gerados pelos sistemas da secretaria municipal de saúde, de outros sistemas e do próprio repositório de informações clínicas, possibilitando a modelagem e a análise conforme necessidade.

Deve minimamente possuir serviços computacionais centralizados que permitam o armazenamento, processamento e consulta de dados estruturados, semiestruturados e não estruturados em qualquer escala, incluindo cópias brutas de dados dos sistemas de origem e dados transformados usados para tarefas como relatórios, visualização e análise, considerando suporte a dados estruturados provenientes de bancos de dados relacionais (linhas e colunas), dados semiestruturados (CSV, logs, XML, JSON), dados não estruturados (e-mails, documentos, PDFs), dados binários (imagens, áudio, vídeo streamings) e dados de sites de mídia social.

Data Warehouses

Disponibilizar banco de dados para viabilizar atividades de Business Intelligence (BI) na secretaria.

Analytics –

Prover suporte para desenvolvimento de ferramentas de inteligência analítica, que possibilitem o avanço na área de estatística e modelagem descritiva, preditiva, prescritiva e outras, abrangendo a identificação de padrões.

inteligência Artificial (IA) –

Suportar integração de dados com mecanismos de I.A., que contemplarão a identificação de padrões e machine learning também considerando as plataformas de Teleassistência e do cidadão

Outros

Outros ferramentais ou serviços tecnológicos que passem a ser necessários no decorrer do projeto.

Ferramenta de analytics

Deverá ser disponibilizada ferramenta de "analytics" para utilização dos dados depositados no repositório/Data Lake e tratados (datawarehouse) incluindo ferramentas para catalogação, consultas, análise, extração, modelagem e visualização.

Dentre as soluções analíticas, deve ser garantida pela CONTRATADA aquisição de licenças PREMIUM de uso da ferramenta Power BI da Microsoft.

O modelo de utilização, se por usuário ou por capacidade, será definido a critério da CONTRATANTE, por meio de SMS.

Periodicidade de cargas, atualização e disponibilização

A periodicidade de cargas, atualizações e disponibilização dos relatórios e painéis deverá ser definida conforme solicitação de SMS, por definição de negócio acordado junto áreas assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde.

Requisitos Mínimos para o Repositório

Deve ser totalmente gerenciável;

Deve ser compatível com SQL ANSI;

Deve ser escalável horizontal ou verticalmente sem a necessidade de alterações na arquitetura, com capacidade de atender toda a demanda de acessos simultâneos geradas pela contratante.

Deve possuir "Encryption-at-rest" e "Encryption-at-transit" em todas as etapas do funcionamento do sistema, utilizando criptografia AES-256 ou superior.

Deve possuir rotinas automáticas pré-configuráveis de higienização no recebimento de registros oriundos de outros sistemas interligados.

Deve possuir versionamento de registros para cadastros, caso necessário.

Deve ter ferramenta que permita aos administradores dirimir casos em que as rotinas automáticas de higienização não foram suficientes para resolver duplicidades e erros, permitindo mesclagem e alteração de registros.

Deve permitir conexão com outros sistemas via REST-API, Cargas de Arquivos, Streaming de Mensagens ou conexão direta a bancos de dados externos, de forma síncrona ou assíncrona, incluindo suporte automático a diversos "encodings" (codificações de caracteres), por exemplo: UTF-8, ISO8859-1, ASCII puro, Windows-1252, etc.

Ao se interligar com outros sistemas, o repositório deve garantir a entrega das mensagens em caso de perdas de comunicação, desde que os outros sistemas também tenham essa característica.

Deve ter ferramenta de gerenciamento e acompanhamento de cargas de dados e demais tipos de integração com outros sistemas interligados, incluindo logs das transações de maneira a permitir auditoria nas mesmas.

Deve permitir o armazenamento de documentos clínicos em diversos padrões e formatos, tais como PDF, XML, HTML, HL7, DICOM, etc.

Deve possuir Sistema Integrado de Gestão de Terminologias com versionamento, de maneira a permitir a padronização de termos e cadastros usados pelos diversos sistemas interligados ao Repositório.

Deve suportar padrões e terminologias internacionais ou aceitas pelo Ministério da Saúde, tais como CID, HL7, FHIR, SIGTAP, APS, TUSS, SIAP2, etc.

Deve possuir gestão integrada de usuários, permitindo a configuração de perfis de acessos com alçadas ilimitadas e inativação dinâmica de usuários.

Deve possuir Data Lake integrado ao Repositório de Dados que facilite e permita a viabilização de DataMarts e DataWarehouses, sem impacto na performance do Repositório.

Requisitos Mínimos para o Data Lake

Possuir camadas distintas de aquisição, mensagens, ingestão, processamento e armazenamento de dados;

Deve ser escalável sem a necessidade de alterações na arquitetura;

Possuir base de dados orientada a colunas, distribuída e capaz de lidar com grandes volumes de dados (bigdata) e clusterização;

Possuir sistema de arquivos distribuído, capaz de operar com grandes volumes de dados e em clusters. O sistema deve ser tolerante a falhas e de alto desempenho;

Possuir sistema de gerenciamento de recursos e serviços em ambientes distribuídos de maneira que seja possível executar aplicações neste tipo de infraestrutura;

Oferecer a possibilidade de manipular datasets armazenados no sistema de arquivos distribuído através de comandos "SQL like";

Possuir sistema de pesquisa em ambientes distribuídos que provenha recursos de: pesquisa por conteúdo (full text search), visualização de compatibilidade (hit highlight), pesquisa facetada, indexamento em tempo real, clusterização dinâmica, integração com bancos de dados NoSQL e suporte a documentos ricos (PDF, word);

Possuir ferramenta de gerenciamento e processamento de logs gerados no ambiente distribuído;

Possuir utilitário que permita a transferência de dados armazenados no ambiente de arquivos distribuído para bases de dados estruturadas;

Possuir base de dados orientada a coleção de documentos JSON (NoSQL) e gestão de grande volume de dados não estruturados.

Requisitos Mínimos para o Datawarehouse

O Data Warehouse proposto deve ser totalmente gerenciado;

Deve ser compatível com SQL ANSI;

Deve ser escalável sem a necessidade de alterações na arquitetura

Deve ser compatível com armazenamento de dados colunar e sem a necessidade de índices.

Deve permitir configurações de segurança e acesso a nível de linha.

Deve possuir funcionalidade nativa de GIS (Geographic Information System)

Requisitos Mínimos – Plataforma de Assistência com Telemedicina e Gestão em Saúde

São requisitos mínimos para o atendimento aos atores PACIENTES, PROFISSIONAIS e ASSISTENTE VIRTUAL, que a plataforma:

Seja 100% web (web_based) para permitir o uso em qualquer ponto de acesso sem a necessidade de instalação de qualquer software.

O acesso deverá ser feito por meio de login individual e criado pelo próprio usuário permitindo que a qualquer momento ele possa recuperar sua senha por e-mail e SMS.

Ser compatível com no mínimo 01 (um) navegador de mercado gratuito.

Ser desenvolvida com “design responsivo” se adaptando assim aos diferentes tamanhos de tela de smartphone, tablets e computadores sem a necessidade de intervenção na programação ou mesmo configurações individuais.

Permitir o uso de certificado digital conforme padrão ICP-Brasil para minimamente a utilização de prescrição eletrônica.

Disponibilizar 01 (um) ambiente virtual de testes para treinamento e 01 (um) ambiente de produção para o uso em produção.

A plataforma deverá possuir conceito de “SINGLE-SIGN-ON” para que outras aplicações a critério da CONTRATANTE possam ser “embedadas”, e os usuários não precisem redigitar seus códigos de acesso ou senhas.

Atendimentos

Toda interação entre pacientes e profissionais ou assistente virtual gerada na plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deverá obrigatoriamente criar um atendimento, caracterizado conforme as determinações e protocolos pré-estabelecidos pela equipe técnica da SMS.

Para a execução e registro dos atendimentos, devem minimamente possuir as seguintes características:

Ser configuráveis e adaptáveis para suprir a demanda principalmente da atenção básica. Devido a quantidade e necessidade constante de criação, inclusão e alteração, os modelos de atendimento devem ser configuráveis e possuir estrutura dinâmica para criação e alteração, baseado em arquétipos, sem a necessidade de desenvolvimento. Os modelos para atendimento devem ser criados pela CONTRATADA de acordo com a demanda necessária e sem limitação de quantitativo, sendo de responsabilidade do SMS sua supervisão. Da mesma forma, a criação de "scores" configuráveis, permitindo a inclusão de fórmulas dinâmicas para determinar uma situação ou resultado esperado.

Possuir diferentes tipos de atendimentos, que possam ser cadastrados pelos administradores, propiciando ainda que estes sejam vinculados a tipos de especialidades clínicas / profissões, permitindo assim que somente profissionais capacitados possam atender aos atendimentos gerados para execução de teleassistência. Ainda deverão possuir configuração para

que possam ser vinculados independentemente para cada unidade de saúde.

Deverá possuir motivos de desfecho com cadastro próprio para vincular aos atendimentos, permitindo aos profissionais de saúde ou assistente, escolher os motivos que melhor definirem a situação clínica verificada. Poderão ser criados quantos motivos de desfecho forem necessários. Deve ser possível a qualquer hora a criação, vinculação e remoção de desfechos para os atendimentos da plataforma. Permitir que sejam criados motivos de desfecho vinculador à tipos de atendimentos visíveis e utilizáveis apenas para o ator assistente virtual.

Os atendimentos deverão possuir áreas especificas para interações quando necessárias entre o solicitante do caso e o profissional que está executando e entre o assistente virtual e os usuários, para poderem transmitir minimamente imagens de exames, imagens diversas, informações, resultados de exames.

Os atendimentos resultantes de solicitações para profissionais que realizarão os processos de teleassistência, deverão conter condições para que quando um determinado profissional esteja tratando o mesmo, fique indisponível para outros, neste mesmo contexto, o profissional também poderá declinar um determinado atendimento assumido previamente, obrigando que este volte para a lista de solicitações não atendidas.

Monitoramento Ativo

Com a introdução do novo padrão de teleassistência, as atividades que anteriormente eram realizadas pela atenção básica através de modelos e padrões manuais ou não assistidos por algum software com controle centralizado, passaram a ser executados pela plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde. Sendo assim, as seguintes definições devem conter neste produto:

Permitir acesso ao cadastro de pacientes cadastrados (ou não), através da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, para executar ligações telefônicas integradas à plataforma aos pacientes ora selecionados.

Permitir que os profissionais possam elaborar suas próprias listas de trabalho com a escolha de pacientes para a execução do monitoramento ativo.

Permitir que um mesmo paciente possa ser monitorado por várias vezes seguidas, e todos os registros sejam descritos no mesmo conjunto de atendimentos.

Permitir que os profissionais possam “marcar” os pacientes para suas listas de atividades através de contextos pré-estabelecidos, tais como doenças pré-existentes, ou pertencimento a uma unidade de referência. Essa marcação/identificação deve ser configurável pelos administradores da plataforma de forma dinâmica sem a necessidade de solicitação de desenvolvimento. A identificação deverá permitir a junção de Grupos de pacientes e subgrupos além de permitir que funcionem de forma individual e sem vínculo.

Todas as intervenções executadas via telefonia entre os profissionais e os pacientes e entre os profissionais e profissionais, devem permitir a funcionalidade de gravação (configurável pelos administradores) para acesso pelos administradores ou pela SMS, respeitando os preceitos de LGPD e demais determinações de confidencialidade estabelecidas pela SMS.

Interação Tecnológica para o Acolhimento

Com a disponibilização da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, novas melhorias e auxílio para os profissionais de saúde foram introduzidas e devem seguir minimamente as seguintes características:

Ter ferramental de anamnese com instruções diretivas e baseadas em biblioteca clínica para auxílio à hipótese diagnóstica, com indicação guiada para o profissional de saúde, baseado nas suas interações durante a abertura de atendimentos;

Disponibilizar para todos os usuários da plataforma, ferramenta em português de conteúdo médico que una diretrizes (inclusive específicas da SMS-GUARULHOS), webnares, podcasts, artigos científicos, imagens, algoritmos, livros e videoaulas, que sejam acompanhadas por curadoria de profissionais de saúde para basear e auxiliar este no suporte nas decisões clínicas baseada em evidências científicas de saúde.

Disponibilizar ferramenta para emissão de receita e prescrição online aos pacientes, seguindo todos os requisitos de preenchimento da legislação sanitária, e contendo a assinatura eletrônica avançada e/ou qualificada do profissional da Saúde.

O documento criado deverá ser passível de envio aos pacientes via e-mail e/ou SMS, minimamente;

Permitir a assinatura de forma eletrônica respeitando os parâmetros do Conselho Federal de Medicina – CFM, podendo ser utilizado por meio de certificado digital padrão ICP Brasil.

Permitir a configuração e customização de “templates” de prescrição/receita, contendo inclusão de título do “template”, adição de logotipo, cabeçalho e rodapé, nome do profissional, data, fonte e margens configuráveis;

Possuir informações de medicamentos e procedimentos compatíveis com códigos e listas SUS, tais como SIGTAP e RENAME;

Incluir na geração de documentos, a emissão de pedidos de exames e atestados;

A apresentação dos medicamentos deverá ser configurável pelo usuário Administrador Principal, possibilitando optar por manter ou ocultar tipos de medicamentos, tais como industrializados, manipulados,

periféricos e exames, entre outros e ainda permitir que a ordem de exibição destes seja alterada;

Deverá possuir informações sobre interações medicamentosas, com verificações de droga vs droga e droga vs classe farmacoterapêutica com apresentação de fontes de informação;

Marcadores e Agrupadores

Marcador é uma funcionalidade necessária para identificar determinados pacientes. Estas marcações são uteis para o manejo dos pacientes pelos profissionais de saúde ou pelo assistente virtual. Uma marcação designa, por exemplo, que determinado paciente está em avaliação por COVID, se está aguardando um contato ou se pertence a algum tipo de Grupo de risco.

Esta ferramenta é extremamente importante para o monitoramento ativo de pacientes, propiciando melhor controle, acesso e ordem para o atendimento dos pacientes.

Estas marcações deverão ser determinadas pelos profissionais de saúde ou pelo assistente virtual, vinculando diretamente ao paciente tal informação.

Agrupadores, são similares aos marcadores, mas com a diferença que existem previamente e podem agrupar pacientes com tais marcações. Os marcadores por sua vez, podem coexistir com os Grupos ou não. Assim, a plataforma:

Deverá possuir funcionalidade para marcar determinado paciente sistemicamente durante um atendimento ou diretamente pelo acesso ao seu cadastro;

O cadastro dos tipos de marcações e agrupamentos deverão ser feitas pelos administradores da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde de forma dinâmica;

Deverá gerar listas de atendimentos padronizadas por marcações para uso pelos profissionais de saúde ou assistente virtual;

Em todas as telas de pesquisas da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, deverá existir a possibilidade de pesquisar por marcadores e Agrupadores.

Agendamento

Com a disponibilização da teleassistência para uso dos profissionais de saúde, tornou-se obrigatório o uso de agendas para permitir que os pacientes sejam atendidos de forma escalonada e respeitando os preceitos do SUS.

Os sistemas legados também podem criar e gerenciar agendas de telelassistência, e estas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde através da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, sendo assim, a interoperabilidade faz-se necessária para o seu completo funcionamento.

Com o avanço da pandemia, e a adoção e liberação da utilização da teleassistência, seus registros de produção também devem ser parametrizados e configurados nos mesmos moldes das exportações SIA-BPA.

Com as considerações anteriores, solicita-se que a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde tenha minimamente os seguintes requisitos para este conteúdo:

Deverá possuir nativamente modelos de agendamento para suprir as necessidades dos atores profissionais de saúde para permitir agendar pacientes para execução de teleconsultas;

Os cadastros deverão permitir que profissionais de saúde registrem a oferta de suas agendas baseadas em suas especialidades e as concedam para quais unidades de saúde estejam vinculados ou que possuam ascendência sobre unidades de saúde solicitantes;

As agendas, deverão obedecer ao padrão SUS, registrando minimamente os dados pertinentes ao CMD, tais como PROCEDIMENTO base SIGTAP e todo o seu regramento;

O contexto agendamento deverá ser adaptável para receber agendas provenientes de outros legados (recebidas / tratadas pelo repositório) e permitir que as mesmas possam ser devolvidas para os sistemas de origem;

Todo consumo destas agendas deverá ser registrado em padrões SUS para geração posterior de produção para registros de sua execução;

Todos os profissionais que possuam agendas confirmadas com pacientes, deverão ter em seu "login" ao acessar a plataforma, informações sobre seus próximos agendamentos;

O contexto agendamento ainda deverá permitir a criação de "templates" (máscaras) de e-mail para envio aos pacientes, indicando novos agendamentos, agendamentos atualizados e/ou agendamentos cancelados;

Visualizadores clínicos

A partir da interoperabilidade e conectividade de diferentes sistemas e bases de dados elencados e definidos pela contratante, a CONTRATADA deve disponibilizar visualizadores clínicos/mecanismos dos quais os dados armazenados e tratados, relacionados aos pacientes / usuários SUS, possam ser recuperados e acessados pelos profissionais da assistência, na plataforma de teleatendimento ou ao próprio cidadão na respectiva plataforma.

Deve possibilitar parametrização e customização de acordo com a necessidade apresentada pela contratante.

Os profissionais de saúde são os responsáveis para acessar as informações clínicas dos pacientes, quando envolvidos em ações de atendimento, sendo assim, todas as informações pertinentes para o cuidado dos pacientes baseadas em seu histórico que esteja armazenado no repositório clínico, deverá ser acessada, além de ser registrado seu acesso e quando pertinente por qual motivo.

A forma de visualização é estruturada e organizada para que profissionais de determinada especialidade clínica, vejam dados que façam mais sentido para a sua forma de trabalho e atendimento, sendo assim, a plataforma:

Deverá possuir configurador para determinação de quais informações serão acessíveis para determinadas unidades;

O acesso aos dados históricos de pacientes, deverá conter informações de todos os legados armazenados no REPOSITÓRIO, assim como de dados da própria plataforma de assistência com enfoque em telemedicina;

Deverá possuir abertura de justificativa para preenchimento, para quando os dados forem acessados, indicando qual profissional o executou com permissão para auditoria e rastreamento por parte dos gestores;

Os visualizadores, deverão estampar linhas de tempo para fácil definição e observação dos profissionais assim como indicação de quais sistemas externos legados que geraram as informações e apresentado em cores diferentes para cada tipo de informação, exemplo: diagnósticos, prescrições, exames, etc.;

As interfaces com os profissionais de saúde deverão ser do tipo responsiva, para que a exibição das páginas apresentadas possa ser manipulada em qualquer tipo de dispositivo de consulta, se adaptando à resolução e formato da tela desses dispositivos;

Comunicações

A plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, prevê modelos de comunicação para que os profissionais de saúde ou assistente virtual possam de forma integrada à plataforma entrarem em contato com os pacientes ou entre os profissionais de saúde, utilizando-se dos modelos de teleassistência.

São considerados recursos de comunicação, videochamadas, ligações telefônicas, SMS, e-mail e chats (realizados por humanos ou bots).

Para que a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde seja completa e universal, todos os entes participantes deverão ter acesso (desde que configurados para tal) para utilização dos recursos de comunicação.

Com as diversas formas de comunicação, torna-se obrigatório e vital que o conceito de omnicanalidade seja utilizado, ou seja, caso um determinado paciente iniciar o seu atendimento por um "bot", e um profissional de saúde, inicia a continuidade do atendimento assistencial, todas informações e acesso ao paciente e suas informações, deverão ser permitidas. Assim:

Todos os registros de comunicação, devem ser registradas para possíveis auditorias futuras, sendo armazenados em padrões de extensão universais para acesso futuro, respeitando os preceitos de segurança definidos pelo SMS e LGPD;

Possuir funcionalidades para ligação de voz, via plataforma (Voip/webRTC) para acesso a telefones fixos e celulares, para quaisquer profissionais de saúde nas unidades, pacientes e profissionais envolvidos no processo assistencial. As ligações deverão ser ilimitadas tanto para quantidade quanto para ligações simultâneas;

O telefone do profissional não deverá ser exibido para a telefonia, garantindo a privacidade deste e evitando que receba ligações indesejadas ou modelos de spam;

O número do telefone de saída deverá ser único, ou seja, todos os munícipes devem receber chamadas de um único número permitindo que,

possa retornar ou mesmo possibilitar o uso do número para a divulgação da SMSSP aos usuários da rede pública de saúde, não inviabilizando que a SMS solicite novos números para a sua necessidade imediata, tais como uso em campanhas;

O uso de ligações telefônicas deverá estar completamente aderente as demais funcionalidades da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde, garantindo a continuidade no atendimento e respeitando o conceito de omnicanalidade;

Os contatos telefônicos deverão ser gravados de acordo com parametrização de usuários administradores, e se assim o for, deverá fazer parte do histórico de atendimento do paciente;

Deverá possuir capacidade de execução de ligações por videoconferência para o paciente ou para outro profissional com capacidade simultânea ilimitada;

A chamada por videoconferência deverá ser garantida por confecção de sala virtual (link para acesso) e chamada direta através do aplicativo do paciente e-saúdeGUARULHOS sempre pelo ator profissional de saúde, diretamente na Plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde. As videoconferências poderão ser gravadas de acordo com parametrização dos usuários administrador principal, e se assim o for, deverá fazer parte do histórico de atendimento do paciente;

Permitir criação e configuração de Grupos de usuários vinculados a uma mesma especialidade ou de uma mesma unidade de executantes para execução de videoconferências. Possuindo permissionamento para definição de quais tipos de comunicação poderão ser estabelecidas entre os atores, sendo:

um para um: tipo de chamada de forma nominal, um usuário chamando outro especificamente;

um para Grupo sequencial: tipo de chamada para um Grupo, acessando o primeiro profissional que atenda, buscando os próximos da fila em caso de não atendimento (round robin);

Um para Grupo geral: tipo de chamada para um Grupo, com o acionamento de todos os usuários pertencentes a este Grupo que estejam online simultaneamente. Ao aceite do chamado, por qualquer profissional, desativa a chamada dos demais, dando assim, sequência ao atendimento;

um para Grupo total: tipo de chamada para um Grupo, chamando todos os profissionais pertencentes ao mesmo Grupo de forma simultânea e, mesmo que um atenda, os outros continuarão a ser chamados (conceito de junta);

Assistente Virtual

O ator assistente virtual, é mais um veículo que permite a interação entre a assistência em saúde da SMS com os seus cidadãos, através de protocolos definidos pela gestão técnica da SMS, ligações telefônicas automatizadas (bot) são efetuadas para atingir os pacientes. Esta conexão apesar de ser massificada também deve ser personalizada.

Outro modelo de comunicação virtualizada é através de serviços de mensagens, atingindo SMS, WhatsApp e e-mails, nestes outros canais, continua a personalização do atendimento, mas inverte-se o modelo ativo para o receptivo, onde o contato parte inicialmente do próprio paciente. Nestes canais, protocolos também definidos pela gestão técnica da SMS são aplicados para gerenciar os atendimentos.

Quaisquer tipos de interações entre o assistente virtual e o paciente ou de uma ocorrência inerente a um atendimento específico deve ser transmitida para os profissionais de saúde através da geração de um atendimento diretamente na plataforma de forma automatizada. A possibilidade de transbordo para humano a uma central de profissionais em casos pré-definidos também deve ser possibilitada.

O assistente virtual, deve conter as seguintes características:

Utilizar, quando houver interação por voz, os preceitos de ASR (automatic speech recognition / reconhecimento automático de fala) e NLU (natural language understanding/ compreensão de linguagem natural);

Deverá possuir modelos preditivos de machine learning para quando não houver entendimento de algum termo ou palavra, esta seja encaminhada automaticamente para uma curadoria "humana" da CONTRATADA para inserção do termo ou adequação, aprimorando o dicionário existente.

Deverá possuir ferramental para que a gestão técnica da SMS possa aplicar seus protocolos e criar as interações necessárias para recepção ou geração das interações através dos múltiplos canais (bot, chatbot, e-mail, etc.);

Todas as ações geradas pelo assistente virtual deverão ser registradas para fins de auditoria e verificações;

O assistente virtual deverá possuir painéis acessíveis pelos profissionais de saúde, para verificação de suas atividades, com detalhamento total de suas ações através da plataforma;

O assistente virtual, em qualquer um dos formatos de canais, deverá, através de API, permitir a integração com a plataforma, em tempo real, executando minimamente as seguintes ações:

Pesquisa na base de pacientes por telefone, nome, CPF ;

Abertura de atendimentos

Inclusão de interações e encerramento com diferentes motivos de desfechos;

Inserção de marcadores aos pacientes, e quaisquer outras ocorrências na jornada dos atores.

Ferramenta própria de Business Intelligence:

O módulo BI deverá ser disponibilizado no ambiente USUÁRIO ADMINISTRADOR PRINCIPAL com os dados definido pela CONTRATANTE e deverá exportar os dados filtrados para padrão CSV ou outro similar.

Possuir painéis com possibilidade de extração de relatório anonimizados referente a informações clínicas provenientes das fichas de atendimento, dados cadastrais dos pacientes, acesso dos profissionais de saúde, entre outras, com perfil de acesso regionalizado e hierarquizado por árvore através de permissão prévia

Também deverá possuir informações básicas sobre o uso da plataforma com dados diários, consolidados, mensais e que permita aos usuários acessarem os mesmos de forma didática, simples e intuitiva, para verificação de quantidades de atendimentos e convites de profissionais de saúde.

Relatório de registro de produção: metodologia de extração e envio dos registros de produção em conformidade com as diretrizes da SMS GUARULHOS.

Customização de relatórios.

A CONTRATADA poderá solicitar a customização de relatórios gerenciais e instrumentos de "business intelligence - BI" que deverão ser disponibilizadas pela CONTRATADA, sob a demanda de SMS, para armazenamento e fornecimento de relatórios para auxílio a operação e a gestão dos processos de trabalho, assistência e tomada de decisões da Secretaria Municipal de Saúde.

Interoperabilidade das ações realizadas na plataforma:

metodologia de envio da produção e registro das informações de saúde realizadas por profissionais cadastradas na plataforma aos sistemas legados de origem (prontuários eletrônicos) de acordo com os requisitos definidos pela Portaria MS n° 1.434, de 28 de maio de 2020.

Possibilidade acesso dos usuários de acordo com o perfil previamente cadastrado, como por exemplo, com e sem acesso a dados clínicos, como fichas de atendimento e demais dados clínicos

Possibilidade de customização via plataforma do conjunto de dados cadastrais dos pacientes, inclusive por unidade de saúde de forma distinta em caso de necessidade. A funcionalidade deverá se dar apenas para os usuários administradores.

A ferramenta deve permitir a customização via plataforma, da grade de referência de especialidades.

A Plataforma deve suportar uma estrutura regionalizada, para abarcar as divisões e subdivisões existentes na PMSP (Regionalização / Árvore)

Workflows e Linhas de Cuidado

Para o desenvolvimento de diferentes ações públicas de saúde e com o intuito de "massificar a individualização" de diferentes Grupos de pessoas, enfermidades ou mesmo particularidades, a plataforma deverá disponibilizar ferramenta para criação de workflows viabilizando assim, diferentes linhas de cuidados de saúde. Para isso a plataforma ofertada deverá:

Individualizar fluxos distintos de cada linha de cuidado para permitir a automação do fluxo à necessidade;

Permitir a parametrização individual do paciente pertencente à determinada linha de cuidado vinculada a um fluxo, possibilitando a individualização do projeto terapêutico singular (PTS) deste.

Comunicar de forma ativa e em tempo real com os diferentes atores deste termo de referência (paciente, profissional e assistente virtual) permitindo a funcionalidade de disparos, gerenciamento e término de ações em todos os canais (omnicanalidade).

Self-suporte

Para que os usuários da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde possam esclarecer de maneira isolada sem a necessidade de contato com suporte direto, ferramentas que permitam esclarecimento de dúvidas devem ser incorporadas para este fim.

As seguintes características são esperadas:

Ferramenta em vídeo sensível a contexto em cada tela / funcionalidade deve ser disponibilizado, demonstrando de forma clara e concisa, como deve-se proceder para executar a referida funcionalidade;

Possuir funcionalidade para que os usuários possar utilizar um canal receptivo de chatbot, para esclarecimento de dúvidas, caso não seja resolvido, permitir que tal necessidade seja encaminhada diretamente via e-mail para o suporte da CONTRATADA;

Cadastros Básicos

Para que a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde opere a contento, uma série de cadastros se fazem necessários e minimamente deverão conter os seguintes contextos:

Usuários

Usuários para a plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde são todos os profissionais de saúde que estão envolvidos para utilização dos recursos da plataforma.

Todos os usuários precisam ser configurados por perfis, restrições e vinculações a quais recursos podem acessar, assim como suas credenciais.

Para que os usuários possam utilizar a plataforma a contento, faz-se necessário minimamente os seguintes requisitos:

Cadastrar Novos Usuários

O cadastramento de usuários deverá ser através de convites, que devem ser enviados pelos profissionais gestores ou administrador principal, sendo minimamente por e-mail e SMS, e que possibilite:

Criar e enviar convites, que deverão conter informações mínimas sobre a identificação do profissional, contendo dados pessoais, e-mail e telefone, vinculando-o a uma ou mais unidades de saúde e quais são suas áreas de atuação ou especialidades;

Durante o processo de envio de convites, espera-se que seja possível vincular o profissional a Grupos de atuação semelhantes, como por exemplo, especialidades;

Quando do envio de convites, eles deverão possuir prazo de validade, expirando após o vencimento e tornando-se inválido;

Usuário Administrador Principal (MASTER)

O gestor principal da plataforma é o responsável para executar as ações de configuração e permissionamento para todas as ações e execuções das funcionalidades, também para definições de perfis e verificação de logs de atividades.

Deverá possuir acesso irrestrito a todos os módulos disponíveis assim como a todas as definições cadastrais;

Deverá permitir configuração de permissionamento de uso das funcionalidades / módulos a perfis de usuários ou diretamente para uma determinada unidade em específico;

Deverá ter acesso a todo conteúdo de logs e gravações das ocorrências de teleassistência, quando habilitadas;

Terá acesso a criação / alteração em quaisquer tipos de informações relacionadas à mensageria;

Usuário Operador

O usuário operador é o padrão para praticamente todos os profissionais de saúde que estão envolvidos de alguma forma com a assistência aos pacientes.

São os profissionais de saúde que irão executar as atividades assistenciais ou ainda os usuários administrativos que irão auxiliar na execução dos trabalhos dentro das unidades de saúde;

Deverá ser aceito para uso da plataforma, somente após aceite do convite recebido e preenchimento de demais informações pertinentes para habilitação;

O profissional deverá quando pertinente, inserir informações referentes ao conselho de classe a que pertence e qual o conselho;

Usuário Gestor

Os profissionais de saúde que fazem a gestão nas unidades de saúde, comumente do tipo administrativo, responsável por gerenciar as filas de atendimentos e administrar as agendas dos profissionais de saúde.

Este tipo de usuário deverá minimamente possuir as seguintes características:

Ter acesso a relatórios e módulo de business intelligence para extração de informações e proceder com seu trabalho;

Ter acesso a uma ou mais unidades de saúde utilizando seu perfil GESTOR;

Possuir acesso ao manuseio de filas de atendimento para orientação aos profissionais de saúde de sua unidade de saúde e auxílio aos pacientes que estejam definidos para atendimento;

Possuir acesso ao cadastro de novos usuários, permitindo o envio de novos convites ou reenvio;

Requisitos mínimos para Usuários

Para que os usuários da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde tenham acesso a recuperação de acessos perdidos ou revalidações, assim como troca de senhas ou outras informações, deve-se conter ferramentas que tenham as seguintes características:

Permitir que um usuário recupere sua senha através de solicitação em tela da plataforma com dupla verificação de segurança a fim de evitar fraudes operacionais;

Permitir que um usuário possa recuperar de forma automática um convite, caso ainda não tenha sido efetivado seu cadastro;

Unidades

A plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde deve permitir o cadastramento de unidades de saúde, que podem ser físicas ou virtuais, para tipificação dos locais de trabalho e gerenciamento dos

profissionais da área. Estas devem ser regradas pelas diretrizes e normativas do Ministério da Saúde, com aderência as regras do SUS, tendo como base de cadastro e dados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Deve-se entender como unidade de saúde, todos os equipamentos utilizados pela SMS, ou ainda vinculados de alguma forma a mesma, tais como escolas. Neste contexto, coordenadorias, organizações sociais (matriz) e quaisquer outros tipos organizações, são considerados como unidade de saúde.

Hierarquização de Unidades

Para atendimento as definições e estruturas das redes de atenção da SMS, a regionalização deve estar contida dentro da plataforma de assistência com enfoque em telemedicina e gestão em saúde.

A SMS opera com gestão descentralizada e regionalizada para o atendimento assistencial à população e na execução de políticas públicas, utilizando o conceito de CRS (Coordenadorias Regionais de Saúde), subdividindo-se em STS (Supervisões Técnicas de Saúde), que por sua vez dividem-se em DA (Distritos Administrativos). A unidade indivisível para a criação destes agrupamentos são as unidades de saúde.

Uma outra forma de concentração das informações são as definições de agrupamentos entre unidades de saúde da administração direta e indireta, a gestão das unidades é executada diretamente pela SMS ou por Organizações Sociais de Saúde, com esta definição, é necessário que a plataforma permita que este tipo de agrupamento exista, indicando quais Organizações Sociais são gestoras de quais unidades de saúde.

ANEXO II – PROPOSTA DE PREÇOS

PREFEITURA DE GUARULHOS-SP

BHCL

ANEXO DO EDITAL V
CEMEG PIMENTAS
MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS/ DESPESAS

RECEITAS OPERACIONAIS	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL ANO 1
1. Pessoal	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 5.304.762,18**	**R$ 31.828.573,06**
1.1. Ordenados	R$ 5.230.283,93	R$ 5.230.283,93	R$ 5.230.283,93	R$ 5.230.283,93	R$ 5.230.283,93	R$ 5.230.283,93	R$ 31.381.703,56
1.1.1. Assistência	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 29.228.820,00
1.1.1.1. Médicos	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 4.871.470,00	R$ 29.228.820,00
1.1.1.2. Outros profissionais de saúde	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.1.1.3. Recursos Humanos Cedidos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.1.2. Administrativo	R$ 358.813,93	R$ 358.813,93	R$ 358.813,93	R$ 358.813,93	R$ 358.813,93	R$ 358.813,93	R$ 2.152.883,56
1.2. Salários	R$ 284.335,68	R$ 284.335,68	R$ 284.335,68	R$ 284.335,68	R$ 284.335,68	R$ 284.335,68	R$ 1.706.014,06
1.3. FGTS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.4. INSS Patronal	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.5. PIS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.6. Benefícios	R$ 74.478,25	R$ 74.478,25	R$ 74.478,25	R$ 74.478,25	R$ 74.478,25	R$ 74.478,25	R$ 446.869,50
1.7. Contribuição Sindical	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
1.8. Reserva para Provisões (Férias + 13º + Rescisões)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
2. Materiais de Consumo	**R$ 153.000,00**	**R$ 153.000,00**	**R$ 153.000,00**	**R$ 153.000,00**	**R$ 153.000,00**	**R$ 153.000,00**	**R$ 918.000,00**
2.1. Material de Escritório	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 168.000,00
2.2. Material Médico Hospitalar	R$ 45.000,00	R$ 45.000,00	R$ 45.000,00	R$ 45.000,00	R$ 45.000,00	R$ 45.000,00	R$ 270.000,00
2.3. Medicamentos	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 168.000,00
2.4. Uniformes e EPIs	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 120.000,00
2.5. Gases Medicinais	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 7.000,00	R$ 42.000,00
2.6. Material de Manutenção em Geral	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 150.000,00
3. Area de Apoio / Serviços de Terceiros	**R$ 686.000,00**	**R$ 686.000,00**	**R$ 686.000,00**	**R$ 686.000,00**	**R$ 686.000,00**	**R$ 686.000,00**	**R$ 4.116.000,00**
3.1. Locação de Computadores, impressoras e serviços de impressão de documentos	R$ 63.500,00	R$ 63.500,00	R$ 63.500,00	R$ 63.500,00	R$ 63.500,00	R$ 63.500,00	R$ 381.000,00
3.2. Locação e Manutenção de Serviços de Software	R$ 50.000,00	R$ 50.000,00	R$ 50.000,00	R$ 50.000,00	R$ 50.000,00	R$ 50.000,00	R$ 300.000,00
3.3. Locação, manutenção preventiva, corretiva e abastecimento (combustível) de Gerador	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 120.000,00
3.4. Serviços para implantação e manutenção do App da Saúde, Assistente Virtual, Confirmação de	R$ 123.000,00	R$ 123.000,00	R$ 123.000,00	R$ 123.000,00	R$ 123.000,00	R$ 123.000,00	R$ 738.000,00
3.5. Serviços de Gestão de Banco de Dados e Interfaceamento com sistemas legados	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 252.000,00
3.6. Sistema de Gestão Previne Brasil e Qualificação de Filas	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 252.000,00
3.7. Sistema de Telemedicina, Prescrição Médica e Repositório Médico	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 42.000,00	R$ 252.000,00
3.8. Telemedicina SADT (ECG	R$ 55.500,00	R$ 55.500,00	R$ 55.500,00	R$ 55.500,00	R$ 55.500,00	R$ 55.500,00	R$ 333.000,00
3.9. Locação de equipamentos médico-hospitalares	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 360.000,00
3.10. Serviços Auxiliar de Diagnóstico Terapia - SADT	R$ 90.000,00	R$ 90.000,00	R$ 90.000,00	R$ 90.000,00	R$ 90.000,00	R$ 90.000,00	R$ 540.000,00
3.11. Serviços de arquivo de documentos/prontuários e fichas de atendimento médico	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
3.12. Serviços de Lavanderia com fornecimento de enxoval	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
3.13. Serviços de limpeza e desinfecção de caixa d'água	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 30.000,00
3.14. Serviços de Limpeza e Higienização Predial	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
3.15. Serviços de Manutenção de Equipamentos Médicos - preventiva e corretiva	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 168.000,00
3.16. Serviços de Manutenção Predial e das instalações - preventiva e corretiva	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 180.000,00
3.17. Serviços de Manutenção e Locação de ar condicionado	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 60.000,00
3.18. Serviços de Nutrição e dietética para pacientes, acompanhantes e funicionários	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -

Fls 79
PA 59.014/22

3.19. Serviçso de Portaria e Vigilância Patrimonial ou Serviço de Segurança / Controlador de Acesso / Sistema de Câmera de Vigilância	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
3.20. Serviços de dedetização / Desratinização	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	2.000,00	R$	12.000,00
3.21. SESMET - Segurança e Medicina do Trabalho	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	30.000,00
3.22. Serviços de Coleta de Resíduos	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	5.000,00	R$	30.000,00
3.23. Serviço de Transporte	R$	10.000,00	R$	10.000,00	R$	10.000,00	R$	10.000,00	R$	10.000,00	R$	60.000,00
3.24. Seguro Predial	R$	3.000,00	R$	3.000,00	R$	3.000,00	R$	3.000,00	R$	3.000,00	R$	18.000,00
4. Serviços de Utilidade Pública	**R$**	**40.000,00**	**R$**	**40.000,00**	**R$**	**40.000,00**	**R$**	**40.000,00**	**R$**	**40.000,00**	**R$**	**240.000,00**
4.1. Serviços de Internet	R$	25.000,00	R$	25.000,00	R$	25.000,00	R$	25.000,00	R$	25.000,00	R$	150.000,00
4.2. Serviços de Telefonia	R$	15.000,00	R$	15.000,00	R$	15.000,00	R$	15.000,00	R$	15.000,00	R$	90.000,00
5. Despesas Gerenciais	**R$**	**115.930,00**	**R$**	**115.930,00**	**R$**	**115.930,00**	**R$**	**115.930,00**	**R$**	**115.930,00**	**R$**	**695.580,00**
5.5. Despesas Financeiras e Serviços Financeiros	R$	14.800,00	R$	14.800,00	R$	14.800,00	R$	14.800,00	R$	14.800,00	R$	88.800,00
5.6. Despesas Administrativas	R$	32.680,00	R$	32.680,00	R$	32.680,00	R$	32.680,00	R$	32.680,00	R$	196.080,00
5.7. Despesas Gestão Tecnica e Assistencial	R$	28.900,00	R$	28.900,00	R$	28.900,00	R$	28.900,00	R$	28.900,00	R$	173.400,00
5.8. Despesas de serviços contabeis, fiscais, prestação contas e DP	R$	18.200,00	R$	18.200,00	R$	18.200,00	R$	18.200,00	R$	18.200,00	R$	109.200,00
5.9. Despesas Juridicas, Auditorias, Portal da Transparência	R$	21.350,00	R$	21.350,00	R$	21.350,00	R$	21.350,00	R$	21.350,00	R$	128.100,00
Total de Despesas Operacionais	**R$**	**6.299.692,18**	**R$**	**6.299.692,18**	**R$**	**6.299.692,18**	**R$**	**6.299.692,18**	**R$**	**6.299.692,18**	**R$**	**37.798.153,06**

Validade da Proposta de Preço (não inferior a 120 dias): 22/03/2023

ROBERTO GONELLA JUNIOR

Nome e Assinatura do Representante Legal

BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110

Assinado de forma digital por BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Dados: 2022.11.21 18:05:21 -03'00'

949

49

PREFEITURA DE GUARULHOS

SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

Fls.
Proc. Adm. 59014/2022
Rubrica

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE GUARULHOS (Secretaria da Saúde)

CONTRATADO: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CASÁRIO LANGE

CONTRATO Nº: /2022-DLC (Proc. Adm. nº 59014/2022)

OBJETO: Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB/e-mail: (*)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**

a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. **Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guarulhos,

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: GUSTAVO HENRIC COSTA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 313.006.468-02

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF: 066.120.808-76
Assinatura:

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF: 066.120.808-76
Assinatura:

Pela CONTRATADA:

Nome:
Cargo:
CPF:
Assinatura: ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870 Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: RICARDO RUI RODRIGUES ROSA
Cargo: Secretário da Saúde
CPF: 066.120.808-76
Assinatura:

Advogado:
(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

Ao
Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

PROCESSO Nº: 59014/2022

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE GUARULHOS

CNPJ Nº 46.319.000/0001-50

CONTRATADA: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CASÁRIO LANGE

CNPJ/CPF Nº. 50.351.626/0001-10

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº /2022-DLC

DATA DE ASSINATURA:

VIGÊNCIA: 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua assinatura, podendo o término da vigência se dar antes dos 180 (cento e oitenta)dias em caso de conclusão do processo de contratação regular.

OBJETO: Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Assistenciais e Gestão Compartilhada de Ações e Serviços nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas.

VALOR ESTIMATIVO: R$ 37.798.153,06 (trinta e sete milhões, setecentos e noventa e oito mil, cento e cinquenta e três reais e seis centavos).

DECLARAÇÃO

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente contratação, encontra-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Guarulhos,

GILMAR VELOSO DA SILVA
Departamento de Licitações e Contratos

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 30/07/2024

CNES: 2054558 Nome Fantasia: CEMEG PIMENTAS CUMBICA CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AVENIDA ATALAIA DO NORTE Número: 576 Complemento: --

Bairro: JD CUMBICA Município: 351880 - GUARULHOS UF: SP

CEP: 07240-120 Telefone: (11)2461-3281 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 201

Tipo de Estabelecimento: POLICLINICA Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ANA PAULA DE ARAUJO

Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 10/07/2024 Última atualização Nacional: 16/07/2024

Horário de Funcionamento:

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS

Fluxo de clientela
02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 004 - REABILITACAO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 014 - TELESSAUDE
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 016 - PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PRODUCAO DO CUIDADO

Classificação Estabelecimento Saúde

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	8	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	2	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
158	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
134	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
160	TELESSAUDE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
REVISAO DE PRONTUARIOS

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
134 - 001	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	ACUPUNTURA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 011	REABILITACAO	ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 003	REABILITACAO	REABILITACAO FISICA	NÃO	NAO INFORMADO
158 - 001	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE TIPO I	NÃO	NAO INFORMADO
160 - 006	TELESSAUDE	TELECONSULTA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	POLICLINICA	ATENDIMENTO NOS TURNOS DA MANHA, TARDE E NOITE
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Desfibrilador	1	1	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	2	1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Aparelho de Eletroestimulacao	2	2	SIM
Forno de Bier	1	0	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS

RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação: --

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que a empresa **Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL**, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, estabelecida na Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil, CEP. 18.285-000, na cidade de Cesário Lange - SP prestou serviços à VIDA MEORIAL SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA, CNPJ nº 20.182.961/0001-71, na gestão de serviços médicos de urgência e emergência, exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Raio-x, Mamografia e Densitometria Ósseas), fisioterapia e reabilitação e consultas ambulatoriais no HOSPITAL VIDA MEMORIAL, realizando uma média de 400 atendimentos diários, entre 01 de Janeiro de 2015 e encerrado em 31 de Janeiro de 2018.

Registramos, ainda, que as prestações dos serviços acima referidos apresentaram bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data, nem débitos ou ônus financeiros de ambas as partes.

Ilhéus, em 14 de Agosto de 2020.

CARTÓRIO 1º OFÍCIO

JOSÉ CARLOS SIMOES FRANCO
CPF nº 318.252.655-34

BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Assinado de forma digital por BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE:50351626000110
Dados: 2022.07.13 11:33:48 -03'00'

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em quarta-feira, 13 de julho de 2022 11:45:05 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/18099130722059048610 6

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 18099130722059048610 6-1
Data: 13/07/2022 11:39:46
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: ANF60140-P8OE;

959

o Azevêdo Bastos
dente Epitácio Pessoa - 1400
rre, João Pessoa - PB
- cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Adauto José Fernandes Ribeiro
Escrevente

TJPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1400 Torre 58040-000, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos da atividade Notarial e Registral no Estado da Paraíba, foi instituído pela da Lei Nº 10.132, de 06 de novembro de 2013, a aplicação obrigatória de um Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial em todos os atos de notas e registro, composto de um código único (por exemplo: Selo Digital: ABC12345-X1X2) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser verificada e confirmada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço https://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/.

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Nesse sentido, declaro que a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE assumiu, nos termos do artigo 8°, §1°, do Decreto n° 10.278/2020, que regulamentou o artigo 3°, inciso X, da Lei Federal n° 13.874/2019 e o artigo 2°-A da Lei Federal 12.682/2012, a responsabilidade pelo processo de digitalização dos documentos físicos, garantindo perante este Cartório e terceiros, a sua autoria e integridade.

De acordo com o disposto no artigo 2º-A, §7°, da Lei Federal n° 12.682/2012, o documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital[1] ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **25/07/2022 16:08:45 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o Código de Autenticação Digital

Esta Declaração é valida por **tempo indeterminado** e está disponível para consulta em nosso site.

[1]Código de Autenticação Digital: 180991307220590486106-1
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013, Provimento CGJ N° 003/2014 e Provimento CNJ N° 100/2020.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05bdec09a4bf45c038c3557775d4c120de531b3efcd602b0065565f605ded1bf624a6ee6b647dc9f60aa9bd2442b8eed753c4896e2b7f31bdb285363d1ef8ce327e

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

ICP Brasil

MINUTA DE CONTRATO DE GESTÃO

MINUTA DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O VIDA MEORIAL SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA E A **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE,** QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Pelo presente instrumento, de um lado **VIDA MEORIAL SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, CNPJ nº 20.182.961/0001-71, com sede na **Rua Ramiro Castro, 214, Centro, Ilhéus – BA, CEP 45653-610**, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE – BHCL,** CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil, CEP. 18.285-000, Cesário Lange – SP, qualificada como Organização Social, no município de Ilhéus – BA, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente à execução de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidas no HOSPITAL VIDA MEMORIAL, no mesmo endereço da CONTRATANTE.

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1. O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no HOSPITAL VIDA MEMORIAL.

2. O objeto contratual a ser executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

PARÁGRAFO ÚNICO

Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

Documento Autenticado Digitalmento de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/123171908201935389931

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 123171908201935389931-1
Data: 19/08/2020 09:35:06
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKI66681-Q13Y;

961 ... o Azevêdo Bastos
...dente Epitácio Pessoa - 1145
...s Estado, João Pessoa - PB
... - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

CN TJPB

I. Que a **CONTRATADA**, conforme documentação apresentada dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

II. Que a **CONTRATADA** declara que não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Contrato com a **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA
OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

PARÁGRAFO ÚNICO

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA** gerir e prestar os serviços de saúde de urgência e emergência, exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Raio-x, Mamografia e Densitometria Ósseas), fisioterapia e reabilitação e consultas ambulatoriais, levando em considerção:

I - integralidade de assistência, no que couber, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do serviço prestado;

II - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

III - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

IV - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

V - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VI – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1- Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

2

Documento Autenticado Digitalmento de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/123171908201935389931

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 123171908201935389931-2
Data: 19/08/2020 09:35:07
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKI66682-CCOX;

962

CN

o Azevêdo Bastos
dente Epitácio Pessoa - 1145
s Estado, João Pessoa - PB
- cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular

TJPB

I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

III – Permissão de visita diária ao paciente internado, respeitada a rotina de serviço;

IV – Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

V – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

VI – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso, observando-se as regras e normas sanitárias e da unidade;

VII – Garantia da presença de um acompanhante em tempo integral, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos, com direito a alojamento e alimentação, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso;

VIII - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;

IX – paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato; e

X - demais critérios da Política Nacional de Humanização – PNH.

2- Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições e serem incorporados ao inventário da **CONTRATANTE** no final do contrato;

2.1- A **CONTRATADA** deverá comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência.

Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/123171908201935389931

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 123171908201935389931-3
Data: 19/08/2020 09:35:07
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKI66683-G7EW;

963

CN

o Azevêdo Bastos
dente Epitácio Pessoa - 1145
s Estado, João Pessoa - PB
- cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular

TJPB

3- As benfeitorias realizadas no HOSPITAL VIDA MEMORIAL serão incorporados ao patrimônio da CONTRATANTE, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

4- Contratar pessoal para a execução das atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO** utilizando, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes.

4.1- Contratar serviços de terceiro, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes, sempre em conformidade com o manual de compras e contrações da **CONTRATADA.**

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

2- Acompanhar a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO;

3- A CONTRATANTE fica obrigada, nos termos deste CONTRATO DE GESTÃO, a realizar as liberações de recursos nas formas e prazos aqui previstas.

CLÁUSULA QUARTA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de 3 (três) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, depois de demonstrada à consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

4

Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/123171908201935389931

CARTÓRIO Autenticação Digital Código: 123171908201935389931-4
Data: 19/08/2020 09:35:07
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKI66684-WS9P;

CN o Azevêdo Bastos
dente Epitácio Pessoa - 1145
s Estado, João Pessoa - PB
- cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br
Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular
TJPB

CLÁUSULA QUINTA

DISPOSIÇÕES FINAIS

As partes em comum acordo, elegem o foro da comarca de Ilhéus para conhecer e dirimir eventuais litígios emergentes deste contrato.

Assim acordadas, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e efeito, na presença das testemunhas referidas, para os devidos fins e efeitos de direito.

São Paulo, 01 de Janeiro de 2015.

Vida Memorial Serviços de Saúde Ltda
CONTRATANTE

Beneficência Hospitalar De Cesário Lange
CONTRATADA

Testemunha 1: _____

NOME:

RG:

Testemunha 2: _____

NOME:

RG:

Documento Autenticado Digitalmente de acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé. ********** Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/123171908201935389931

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 123171908201935389931-5
Data: 19/08/2020 09:35:07
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Selo Digital Tipo Normal C: AKI66685-DWQT;

965 ... o Azevêdo Bastos
...dente Epitácio Pessoa - 1145
...s Estado, João Pessoa - PB
... - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Bel. Válber Azevedo de Miranda Cavalcanti
Titular

TJPB

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

30/8/2023
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 07/2023

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 7/7/2014 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /07/2023

Nome:			CNES:	CNPJ:
HOSPITAL VIDA			7518846	20182961000171
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HOSPITAL VIDA LTDA			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RAMIRO CASTRO			214	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	CENTRO	45653610	ILHEUS	BA
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL	sem sub tipo	DUPLA	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**32**
Outros	**18**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	PLANO DE SAUDE PUBLICO
SADT	SUS
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PUBLICO
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	8	6

CLÍNICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	28	20
CARDIOLOGIA	1	1

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO - TIPO II	10	0

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS

966

PEDIATRIA CLINICA	10	6

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	1	1	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
RAIO X PARA DENSITOMETRIA OSSEA	1	1	SIM
RESSONANCIA MAGNETICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSAO	21	21	SIM
DESFIBRILADOR	2	2	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	1	1	SIM
MONITOR DE ECG	2	2	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	5	5	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	11	11	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	15	15	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	15	15	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	SIM

OUTROS EQUIPAMENTOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	3	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	20
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	2	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	5	10

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	5	0

CLINICAS ESPECIALIZADAS	2	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	2	0
SALA DE NEBULIZACAO	3	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	3	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	2	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	5	10

HOSPITALAR

Instalação:	**Qtde./Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	8	6
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de Apoio

Serviço:	**Característica:**
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		**Hospitalar:**	
Cod.:	**Serviço:**	**Característica:**	**Amb.:**	**SUS:**	**Hosp.:**	**SUS:**
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	**Serviço:**	**Classificação:**	**Terceiro:**	**CNES:**
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6639933
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6639933
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6639933
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6639933
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6639933
145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	SIM	6639933
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6639933
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6639933
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6639933
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6639933
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6639933
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6639933
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO

969

ANEXO

Entes federados autorizados a receberem recursos financeiros federais de emendas destinados ao incremento temporário ao custeio dos serviços de Atenção Especializada à Saúde.

UF	MUNICÍPIO	ENTIDADE	Nº DA PROPOSTA	VALOR TOTAL DA PROPOSTA (R$)	CÓD. EMENDA	VALOR POR EMENDA (R$)	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	CNES	VALOR (R$)
MA	MATINHA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS	36000517752202300	979.000,00	71110001	979.000,00	1030250182E900021	2457393	979.000,00
PA	CONCORDIA DO PARA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CONCORDIA DO PARA	36000515313202300	642.317,00	71150001	642.317,00	1030250182E900015	6746888	642.317,00
PE	MORENO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000572035202300	516.977,00	71180005	516.977,00	1030250182E900026	6526845	516.977,00
RS	PORTO ALEGRE	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE	36000524269202300	100.000,00	71220001	100.000,00	1030250182E900043	2250802	100.000,00
RS	PORTO ALEGRE	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE	36000524571202300	250.000,00	71220001	250.000,00	1030250182E900043	2236354	250.000,00
TOTAL			5 PROPOSTAS	2.488.294,00					

DESPACHO Nº 52, DE 5 DE OUTUBRO DE 2023

Processo n 25000.028941/2021-71
Interessado: Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência de Ribeirão Pires (APRAESPI)
Assunto: Recurso administrativo hierárquico interposto em face de decisão que manteve a "aprovação com ressalvas" da prestação de contas anual - exercício 2022 de projeto, no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD).

Decisão: À vista do que consta dos autos, adoto como razões de decidir os fundamentos de mérito e de fato apresentados no Parecer de Mérito nº 396/2023-CGSPD/DAET/SAES/MS, bem como as razões de direito expostas pela Consultoria Jurídica, nos termos do PARECER REFERENCIAL nº 00034/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU, e respectivo Despacho de aprovação, e NEGO PROVIMENTO ao recurso administrativo interposto pela Entidade em epígrafe.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

PORTARIA Nº 842, DE 3 DE OUTUBRO DE 2023

Prorroga a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, com sede em Birigui (SP), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 217, de 09 de março de 2021.

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no § 1º do art. 40 da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e A Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e a Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 640/2023-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.120638/2020-49, resolve:

Art. 1º Fica prorrogada a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, CNPJ nº 45.383.106/0001-50, com sede em Birigui (SP), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 217, de 09 de março de 2021, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 49, de 15 de março de 2021, seção 1, página 112, em observância ao disposto no artigo 40, §1º, da Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo único. A Renovação terá validade pelo período de 1º de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Fica a Entidade notificada para apresentar requerimento de renovação no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem a data final de validade da certificação, nos termos do disposto no artigo 37, § 1º, da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

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

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

PORTARIA Nº 843, DE 3 DE OUTUBRO DE 2023

Prorroga a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange, com sede em Cesário Lange (SP), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 178, de 26 de fevereiro de 2021.

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no § 1º do art. 40 da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivo da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 639/2023-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.067873/2020-85, resolve:

Art. 1º Fica prorrogada a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange, CNPJ nº 50.351.626/0001-10, com sede em Cesário Lange (SP), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 178, de 26 de fevereiro de 2021, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 42, de 04 de março de 2021, seção 1, página 106, em observância ao disposto no artigo 40, §1º, da Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo único. A Renovação terá validade pelo período de 24 de novembro de 2020 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Fica a Entidade notificada para apresentar requerimento de renovação no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem a data final de validade da certificação, nos termos do disposto no artigo 37, § 1º, da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

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

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

PORTARIA Nº 844, DE 3 DE OUTUBRO DE 2023

Prorroga a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Comunidade de Saúde de Mossoró, com sede em Mossoró (RN), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 744, de 13 de agosto de 2020.

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no § 1º do art. 40 da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nos 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nos 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 634/2023-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.151640/2018-45, resolve:

Art. 1º Fica prorrogada a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Comunidade de Saúde de Mossoró, CNPJ nº 08.261.349/0001-99, com sede em Mossoró (RN), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 744, de 13 de agosto de 2020, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 157, de 17 de agosto de 2020, seção 1, página 73, em observância ao disposto no artigo 40, §1º, da Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo único. A Renovação terá validade pelo período de 28 de setembro de 2018 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Fica a Entidade notificada para apresentar requerimento de renovação no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem a data final de validade da certificação, nos termos do disposto no artigo 37, § 1º, da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.

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

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

PORTARIA Nº 845, DE 4 DE OUTUBRO DE 2023

Indefere a Concessão do CEBAS da Fundação Vida e Esperança, com sede em São Paulo (SP).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar n°187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do art. 40 determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 271/2023 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 71000.125645/2014-14, que concluiu pelo não atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade legislação pertinente, da Fundação Vida e Esperança, CNPJ nº 62.300.082/0001-47, com sede em São Paulo (SP).

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislação pertinente.

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

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 05152023100900128

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 58030-000 www.azevedobastos.not.br - Tel.: (83) 3244-5404 - Fax: (83) 3244-5484
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 98941405191618270387-1; Data: 14/05/2019 16:23:42
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86278-BG1Q;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Reconhecimento: Decreto Federal Nº 62.044 de 04/01/1968 - D.O.U. 08/01/1968

CERTIFICADO

O Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no exercício de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Gestão Pública em Saúde, área de conhecimento em Saúde Coletiva, aos 17 de junho de 2010, confere o presente certificado de conclusão de curso a

Roberto Gonella Junior

brasileiro, RG 12.249.262, natural do Estado de São Paulo, nascido em 01 de novembro de 1962, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 01 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral
Secretário Geral da Faculdade

Roberto Gonella Junior
Concluinte

Prof. Dr. Ernani Geraldo Rolim
Diretor da Faculdade

RJ

2059

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 58030-000 - www.azevedobastos.not.br - Tel.: (83) 3244-5404 - Fax: (83) 3244-5484
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 98941405191618270387-2; Data: 14/05/2019 16:23:42
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIM86277-XK9J; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Dr. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São

Reconhecimento: Decreto Federal Nº 62.044 de 04/01/1968 - D.O.U. 08/01/196

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Gestão Pública em Saúde, Área de Conh

Histórico Escolar: **Roberto Gonella Junior**

I - Disciplinas	Carga Horária	Conceito	Docentes	Titulação
Programa de Desenvolvimento Gerencial	110	10.00	Ana Silvia Martins Montrezol Antunes	Mestre
Gestão do SUS	126	8.90	Paulo Eduardo Mangeon Elias	Doutor
Gestão Estadual e Municipal do SUS em São Paulo	124	9.50	Carmen Cecília de Campos Lavras	Doutor
Monografia(*)		9.50	Nicanor Rodrigues da Silva Pinto	Doutor
TOTAL	**360**			

II - Período em que foi realizado o curso: De **05/01/2009** a **17/06/2010**

III - Título da Monografia (*)

A implementação do pacto pela saúde em municípios da região de Itapetininga (SP): uma análise do processo e das principais mudanças.

IV - **Este Curso cumpre as disposições da Resolução CNE/CES Nº 1, de 08/06/2007 do Ministério da Educação - MEC.**

2060

V - **Ato de aprovação: Resolução CONGREGAÇÃO nº 01/2009 de 17 de fevereiro de 2009.**

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Registrado sob Nro. **479**

No livro de Registros de certificados Nro. **1**

às FLS. **479**

São Paulo, 01 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral

200901705

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:47 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247106

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270387-1 a 98941405191618270387-2
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860ddd50344c427e1be669036974c1aff6e2274766460cea548fa1a55d476fb
fc7ffc3c61245a77ea8085fa678f11979f45c

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

2061

BHCL

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE/SP

ILUSTRISSIMO SENHOR OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE TATUÍ/SP.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor ROBERTO GONELLA JÚNIOR, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-70, vem à ilibada presença de Vossa Senhoria, requerer o registro da ata de Assembleia Geral da instituição, juntando para tanto, os documentos necessários ao arquivamento e registro.

Cesário Lange, 20 de Dezembro de 2022.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
PROVEDOR

Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas do Município de Cesário Lange -
Renata Gomes Paiva
Oficial/Tabeliã
Rua 15 de Novembro, nº 618 - CEP: 18285-
Tel: (15) 3246-2032

Reconheço por semelhança a firma de ROBERTO GONELLA JUNIOR, em documento sem valor econômico e dou fé.
Cesário Lange, 11 de janeiro de 2023.
Em testº
Mariana da Silva Pereira-Escrevente
Total: R$ 7,97

Mariana da Silva Pereira
Escrevente

FIRMA 1 S10233AA0049222 118414

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

BHCL

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE/SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, representada pelo Provedor, nos termos do art. 16, § 1° do Estatuto Social da Instituição, convoca os interessados nas atividades da associação, bem como a comunidade local interessadas para **ASSEMBLÉIA GERAL** que realizar-se-á no dia **19(dezenove) de Dezembro de 2022**, com primeira chamada para as 19h00min, segunda chamada as 19h30min, na sede da BHCL situada na Avenida São Paulo n° 340, Vila Brasil, na cidade de Cesário Lange/SP, para deliberarem sobre os seguintes assuntos:

a) Apresentação de renúncia de Membro do Conselho de Administração e declaração de vacância do cargo;

b) Eleger e dar posse a membro do Conselho de Administração eleito em razão de vacância;

c) Eleger e dar posse aos membros do Conselho de Administração para o próximo biênio, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social (50% dos membros), bem como Conselho Fiscal se necessário;

d) Demais assuntos pertinentes a associação.

Cesário Lange, 08 de Dezembro de 2022.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR
PROVEDOR

AFIXADO NO QUADRO DE AVISO DA SEDE DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE NA DATA DE 08.12.2022.

Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas do Município de Cesário Lange - Renata Gomes Paiva Oficial/Tabeliã
Rua 15 de Novembro, nº 618 - CEP: 18285-0
Tel: (15) 3246-2032

Reconheço por semelhança a firma de: ROBERTO GONELLA JUNIOR. em documento sem valor econômico. Dou fé.
Cesário Lange, 11 de Janeiro de 2023.
Em Testº
Mariana da Silva Pereira-Escrevente
Total: R$ 7,97

Mariana da Silva Pereira
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
118414
FIRMA 1
S10233AA00422

2063

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BHCL

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

LISTA DE PRESENÇA

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA: 19.12.2022

EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 08.12.2022

Primeira Chamada: 19h00min

Segunda Chamada: 19h30min

NOME	RG	ASSINATURA
ROBERTO GONELLA JUNIOR	12.246.262-6	
JOSÉ DO ROSARIO FERNANDES	8.907.647	
ELIZEU DONIZETI FERNANDES	15.749.921	
JOSÉ CLAUDINEI JÓIA JUNIOR	46.211.623-2	
FABIO JOSÉ DO AMARAL	18.240.953-3	
LAERTE PAES LEITE	10.226.802	
REGINA APARECIDA RODRIGUES	26.208.610-4	
MARCO BOTTEON NETO	12666.799	
JUAREZ PEREIRA	33.339.450-1	
SERGIO LUIZ MENDES	17.701.393	
EVALDO MIRANDA	18.546.772	
ADILSON DONIZETE DE MIRANDA	27.808.661-6	
LUIZ MASCARENHAS SOARES	18.240.953-3	
CARLOS EDUARDO PEREZ	14.865.694	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BHCL

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

LISTA DE PRESENÇA

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA: 19.12.2022

EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 08.12.2022

Primeira Chamada: 19h00min

Segunda Chamada: 19h30min

NOME	RG	ASSINATURA
FABIO ROGERIO JÓIA	27.534.544-0	
NELSON MARQUES MARTINS	5.167.325	
THIAGO MANITUANE	54303645-5	
ANDRÉ KYRIAZI GOMES	26.287.065-4	
WANDERSON ALVES FERNANDES	23.235.160-0	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

ATA DE ASSEMBLEIA GERAL

Aos 19 (dezenove) dias do mês de Dezembro de 2022, às 19h00min em primeira chamada e às 19h30min em segunda chamada, reuniram-se conforme Edital de Convocação editado para esse fim e lista de presença anexa a presente ata, na sede da **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE**, situada na Avenida São Paulo, n° 57, Vila Brasil, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP, sob a presidência do Provedor, Sr. **Roberto Gonella Júnior**, o qual verificado quórum, convocou para fazer parte da mesa e para secretariar a reunião o Sr. **José do Rosário Fernandes**. Dando início aos trabalhos, procedeu-se a seguinte leitura da ordem do dia: **a)** Apresentação de renúncia de Membro do Conselho de Administração e declaração de vacância do cargo; **b)** Eleger e dar posse a membro do Conselho de Administração eleito em razão de vacância; **c)** Eleger e dar posse aos membros do Conselho de Administração para o próximo biênio, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social (50% dos membros), bem como Conselho Fiscal, se necessário; d) Demais assuntos pertinentes a associação.

Abertos os trabalhos, o Provedor explicitou aos presentes, seguindo a pauta do dia, a renúncia de um membro do Conselho de Administração, apresentando para conhecimento de todos o termo de renúncia apresentado por **André Kyriazi Campos**. Em discussão, a Assembleia Geral acatou a renúncia e declarou vago o cargo de Conselheiro ocupado pelo renunciante. Seguindo a ordem do dia, especificamente os itens **"b"** e **"c"**, do edital de Assembleia Geral, o Presidente explicitou aos presentes a necessidade de eleger membro para suprir a vacância, bem como, nos termos do artigo 24, *in fine* de seu Estatuto Social, a renovação de 50% (cinquenta por cento) dos membros do Conselho de Administração para o biênio 2022-2024. Em discussão, dada a concomitância da vacância e da eleição prevista no artigo 24 do Estatuto Social, declarou a Assembleia Geral que o cargo vago em decorrência da renúncia somente será preenchido pela renovação bienal dos 50% (cinquenta por cento) dos membros, dando-se posse e suprindo a vacância. Abertas as inscrições de chapas, nos termos do artigo 45 do Estatuto Social, inscreveu-se uma única chapa para eleição de 50% (cinquenta por cento) dos membros do Conselho de Administração para o biênio 2022-2024, sendo os seguintes nomes: **Conselho de Administração: Presidente: José do**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Rosário Fernandes, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social, **Vice Presidente: Elizeu Donizeti Fernandes (recondução)**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **Conselheiros: 1) José Claudinei Jóia Júnior**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **2) Fabio José do Amaral**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **3) Laerte Paes Leite**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social; **4) Regina Aparecida Rodrigues**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, II, do Estatuto Social; **5) Marco Botteon Neto**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, II, do Estatuto Social; **6) Juarez Pereira**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, I, do Estatuto Social e **7) Sérgio Luiz Mendes**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 2°, III, do Estatuto Social; **Conselho Fiscal: Membros Titulares: Evaldo Miranda, Adilson Donizete de Miranda e Luiz Mascarenhas Soares, Membro Suplente: Carlos Eduardo Perez**. Ato seguinte, passou-se à eleição e apuração nos termos do art. 45, alíneas "a" e "d" do inciso II do Estatuto Social. Após a contagem dos votos, elegeu-se a chapa inscrita com **unanimidade dos votos**. Na seguência, nos termos do artigo 14, § 2° do Estatuto social, foi dada posse aos membros eleitos. A qualificação completa dos membros eleitos do Conselho de Administração e Conselho Fiscal segue anexa a esta ata. Ato contínuo, cumprindo com o que foi veiculado no Edital de Assembleia Geral, com relação ao item **"d"**, aberta a palavra para tratar dos demais assuntos pertinentes à associação, nada foi proposto pelos presentes. Por fim, não havendo qualquer outra ordem para deliberação, encerrou-se a Assembleia Geral e a presente ata firmada pelo Presidente da Assembleia e, por mim (**José do Rosário Fernandes**) digitada.

Roberto Gonella Júnior
Presidente da Assembleia

José do Rosário Fernandes
Secretário da Assembleia

2067

RECONHECIMENTO DE FIRMA
VALVERDE

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas do Município de Cesário Lange - SP
Renata Gomes Paiva
Oficial/Tabeliã
Rua 15 de Novembro, nº 618 - CEP: 18285-000
Tel: (15) 3246-2032

Reconheço por semelhança as firmas de: ROBERTO GONELLA JUNIOR, JOSE DO ROSARIO FERNANDES em documento sem valor econômico e dou fé. . . . . .
Cesário Lange, 11 de janeiro de 2023.
Em Testº da verdade. NELIZA
Mariana da Silva Pereira-Escrevente
Total: R$ 15,94

Mariana da Silva Pereira
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
ARPEN SP
118414
FIRMA 2
S20233AA0015855

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

QUALIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINSISTRAÇÃO E FISCAL

MANDATO: 21.12.2020 a 20.12.2024

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente:

JOSÉ DO ROSÁRIO FERNANDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: aposentado

RG: 8.907.647- SSP/SP

CPF: 828.469.448-49

Endereço: Rua Camargo Barros, nº 930, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP

Vice- Presidente:

ELIZEU DONIZETI FERNANDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: motorista

RG: 15.749.921-SSP/SP,

CPF: 072.929.158-84

Endereço: Rua Aristides Vasconcelos Leite nº 442, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

Conselheiros:

JOSÉ CLAUDINEI JÓIA JÚNIOR

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: microempresário

RG: 46.211.623-2-SSP/SP,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

CPF: 392.291.468-38

Endereço: Rua Passa Três, nº 956, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

FÁBIO JOSÉ DO AMARAL

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: divorciado

Profissão: aposentado

RG. 18.240.953-3-SSP/SP

CPF: 089.813.668-70

Endereço: Chácara América, Bairro Água Branca, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP

LAERTE PAES LEITE

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: separado judicialmente

Profissão: aposentado

RG: 10.226.802-SSP/SP

CPF:021.217.338-33

Endereço: Rua Pedro Miranda Campos, nº 1010, Centro, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP;

REGINA APARECIDA RODRIGUES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: separada judicialmente

Profissão: do lar

RG: 26.208.610-4-SSP/SP

CPF: 165.750.798-08

Endereço: Rua José Luiz Rodrigues,1.200, Jardim Esperança, CEP: 18.285-000, Cesario Lange-SP

MARCO BOTTEON NETO

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: casado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Profissão: médico

RG: 12.666.799-SSP/SP

CPF: 074.912.318-45,

Endereço: Avenida Washington Luis, 514, Apto 31, Gonzaga, CEP 11055-000, na cidade de Santos/SP;

JUAREZ PEREIRA

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: solteiro

Profissão: Enfermeiro

RG: 33.339.450-1-SSP/SP

CPF: 279.042.348-23

Endereço: Sítio São José, Bairro Aleluia, CEP: 18.285-000, Cesario Lange/SP;

SÉRGIO LUIZ MENDES

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: médico

RG: 17.701.393-SSP/SP

CPF: 144.952.098-76

Endereço: Rua José Antunes Ferreira, 60, CEP. 18.015-900, na cidade de Sorocaba/SP.

CONSELHO FISCAL

EVALDO MIRANDA

Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: solteiro

Profissão: produtor rural

RG: 18.546.772-SSP/SP,

CPF: 100.899.668-80

Endereço: Sítio São Francisco, Bairro Aleluia, CEP: 18.285-000,Cesário Lange-SP;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADILSON DONIZETE DE MIRANDA Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: pedreiro

RG: 27.808.661-6-SSP/SP,

CPF: 183.974.278-05

Endereço: Sítio Nossa Senhora de Lourdes, CEP: 18.255-000, Quadra-SP;

LUIZ MASCARENHAS SOARES Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: aposentado

RG: 18.240.953-3-SSP/SP,

CPF: 387.894.698-87

Endereço: Sítio São José, Bairro Cruz de Cedro, 0-085/083-01, CEP: 18.255-000, Quadra-SP.

MEMBRO SUPLENTE:

CARLOS EDUARDO PEREZ Assinatura

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: comerciante

RG: 14.865.694-SSP/SP

CPF: 056.602.258-37

Endereço: Rua Alagoas, nº 560, Vila Brasil, CEP: 18.285-000, Cesário Lange-SP.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diogo Coração Batista, em sexta-feira, 19 de maio de 2023 15:15:49 GMT-03:00, CNS: 11.181-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2073

FEDERATIVA DO BRASIL

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃOCAMILO

O Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições confere o presente certificado a

Thiago de Carvalho Zingarelli

nacionalidade brasileira, nascido a 20 de julho de 1979 em Araraquara - SP
R.G. nº 306934978 SP

por ter concluído em 16 de dezembro de 2021 o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em
MBA EM GESTÃO DE SAÚDE, realizado na cidade de São Paulo - SP,
com carga horária de 508 horas, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo , 28 de abril de 2022

Monica Gomes Abel
Secretária Geral

Thiago de Carvalho Zingarelli
Pós-Graduado

Prof. Me. João Batista Gomes de Lima
Reitor

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CARLOS ROBERTO SETONYE DE CAMPOS, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:47:31 GMT-03:00, CNS: 12.531-0 - TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

NATURALIDADE: Araraquara - SP
NACIONALIDADE: Brasileira
IDENTIDADE: 306934978 SP

PERÍODO: 17/03/2019 A 18/12/2021
GRADUAÇÃO: DIREITO
GRANDE ÁREA DO CONHECIMENTO - CIÊNCIAS SOCIAIS, NEGÓCIOS E DIREITO
ÁREA DO CONHECIMENTO - COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO

MÓDULO - A - SISTEMAS, POLITICAS E MERCADO DA SAÚDE				
DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
EPIDEMIOLOGIA GERENCIAL E BIOESTATÍSTICA RAIO HENRIQUE CORREA MASSA / DOUTOR(A)	32	-	8,00	APROVADO
GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DA SAÚDE MONISE TEDESCO / ESPECIALISTA	32	-	9,50	APROVADO
SISTEMAS, POLÍTICAS E MERCADO DA SAÚDE ANA MARIA CAMPO ALVES DA CUNHA / MESTRE(A)	32	-	9,50	APROVADO

MÓDULO - B - INDIVIDUOS, PROCESSOS E QUALIDADE				
DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
HOSPITALIDADE, HUMANIZAÇÃO E HOTELARIA EM SAÚDE MONISE TEDESCO / ESPECIALISTA	32	-	8,50	APROVADO
PESSOAS, EQUIPES E ORGANIZAÇÕES FLAINE DENISE CANDIANI / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
QUALIDADE E SEGURANÇA NOS PROCESSOS DE SAÚDE FABIANA CANDIDO DOS REIS / ESPECIALISTA	32	-	9,00	APROVADO

MÓDULO - C - GESTÃO DE OPERAÇÕES EM SAÚDE				
DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
FINANÇAS CORPORATIVAS ANDRE DO NASCIMENTO / ESPECIALISTA	32	-	8,00	APROVADO
GESTÃO DE MARKETING E RELACIONAMENTO EMPRESARIAL JULIAN ALMEIDA MOREIRA RIBEIRO / MESTRE(A)	32	-	10,00	APROVADO
OPERAÇÕES, TECNOLOGIAS E INOVAÇÃO EM SAÚDE CLAUDIO BARBAN / ESPECIALISTA	32	-	7,00	APROVADO

MÓDULO - D - NEGOCIOS EM SAÚDE				
DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
EMPREENDEDORISMO NA SAÚDE LUIZ RENATO BENTO / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
GOVERNANÇA CORPORATIVA E ÉTICA EMPRESARIAL LUIZ RENATO BENTO / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA FLAINE DENISE CANDIANI / MESTRE(A)	32	-	7,50	APROVADO

MÓDULO - E - INSTITUCIONAL				
DISCIPLINA	C.H.	FREQ. %	NOTA	CONCEITO
ESTUDOS INDIVIDUAIS OU EM GRUPO MAURO CESAR DE ANDRADE / ESPECIALISTA	64	-	7,50	APROVADO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60	-	7,50	APROVADO

CARGA HORÁRIA TOTAL: 508

TÍTULO: ANÁLISE DA VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL VOLTADO A EFICIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL
ORIENTADOR: MAURO CESAR DE ANDXRADE/ ESPECIALISTA
OBSERVAÇÕES:

Recredenciado pela Portaria nº 545 de 03/06/2015.
Credenciado para Educação a distância pela Portaria nº 1109 de 27/11/2015.
Declaramos que o presente Certificado foi expedido conforme a Resolução CNE/CES nº 1 de 8 de junho de 2007, revogada pela Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, tendo validade nacional.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Certificado registrado sob nº 12131, Livro 03
São Paulo, 28 de abril de 2022

Monica Gomes Abel
Secretária Geral

014094

Apresente documento original ou cópia autenticada digitalmente por CARLOS ROBERTO SETONE DE CAMPOS, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:47:31 GMT-03:00, CNS: 12.531-0 - TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10
AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIREÇÃO JURÍDICA PARA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: THIAGO DE CARVALHO ZINGARELLI, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/SP 305.104, portador do RG nº 30.693.497-0 – SSP/SP e do CPF/MF nº 283.233.628-07, residente e domiciliado na cidade de Araraquara/SP, por intermédio da pessoa jurídica **ZINGARELLI, LOURENÇO & BARBOSA SOCIEDADE DE ADVOGADOS**, com registro na OAB/SP sob o nº 17.192, com escritório profissional situado na Avenida 15 de Novembro, 1.438 – Carmo, na cidade de Araraquara, Cep. 14.801-063, no Estado de São Paulo, e-mail: zlbadvogados@gmail.com.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de de Prestação de Serviços de Assessoria e Consultoria Jurídica, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, consubstanciado no âmbito administrativo e terceiro setor na condição de DIRETOR JURÍDICO da entidade.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES

2.1. A função do DIRETOR JURÍDICO é indelegável e caracteriza-se, além da aplicação de conhecimentos técnicos, mediante completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões que norteiam a profissão e atendimento como parte responsável perante as autoridades competentes e profissionais.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.2 O contratado compromete-se a executar as atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:
2.2.1 O trabalho consistirá na elaboração de peças processuais administrativas pela contratante, bem como atuação nos processos administrativos decorrentes do processo de intervenção;
2.2.2 Prestar todo o apoio jurídico concernente ao aperfeiçoamento contínuo do sistema jurídico da contratante, bem como acompanhar os prepostos dela em audiências decorrentes do parágrafo único, da clausula primeira, reuniões administrativas e contratuais, enfim, dar ampla assessoria jurídica na execução dos serviços prestados pela contratante;
2.2.3 Manter a regularidade dos atos constitutivos da CONTRATANTE, bem como assessorar nas necessárias modificações e elaboração de documentação complementar (regimentos);
2.2.4 Prestar assessoria jurídica para repactuação de contratos, rescisões e novas contratações;
2.2.5 Prestar assessoria para pactuação de novas obrigações com os entes públicos;
2.2.6 Assessoria nos processos de obtenção de certificações e ou renovações de certificações;
2.2.7 Prestar assessoria jurídica ao setor financeiro e de contabilidade, notadamente de prestação de contas;
2.2.8 Emissão de pareceres sobre a legalidade de atos e procedimentos a serem adotados;
2.2.9 Atuação como procurador da entidade nos processos judiciais em que lhe for outorgado instrumento de mandato;

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;

3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.

3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;

3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;

3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;

3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;

3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;

3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;

4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;

4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.

4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;

6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada ao e-mail roberto.gonella@hotmail.com e obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:

6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e

6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;

6.3.6.Relatório de Atividades.

6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

6.6.1. não produziu os resultados acordados;

6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.

6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.

6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA

7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE

8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.

8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES

9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:

9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;

9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;

9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.

9.2. Pela inexecução <u>total ou parcial</u> do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

9.2.2.Multa de:

9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias

10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES

14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:

14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal;

14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP nº 02, de 16 de setembro de 2009;

14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;

14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1993;

14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas

válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 01 de outubro de 2019.

ROBERTO GONELLA JÚNIOR **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR** **DE CESARIO LANGE**	**THIAGO DE CARVALHO** **ZINGARELLI** **ZINGARELLI, LOURENÇO &** **BARBOSA SOCIEDADE DE** **ADVOGADOS**

TESTEMUNHAS:

NOME: RG.: CPF.:	NOME: RG.: CPF.:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Pietro Pierre Silva, em quinta-feira, 13 de julho de 2023 16:49:22 GMT-03:00, CNS: 11.277-1 - 2º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE DIRETORIA ADMINISTRATIVA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR,** brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: IGOR SANCHES DE OLIVEIRA, brasileiro, portador do RG nº 40.668.315-3 e do CPF/MF nº 230.095.288-25;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços de Diretoria Administrativa, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO
1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços de diretoria administrativa para o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES
2.1 Caberá à CONTRATADA:
2.1.1 Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
2.1.2 Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
2.1.3 Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
2.1.4 Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

2.1.5 Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;

2.1.6 Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;

2.1.7 Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

2.1.8 Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;

2.1.9 Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

2.1.10 Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

2.1.11 Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;

2.1.12 Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;

2.1.13 Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;

2.1.14 Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

2.1.15 Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

2.1.16 Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

2.1.17 Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
2.1.18 Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
2.1.19 Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
2.1.20 Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
2.1.21 Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
2.1.22 Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
2.1.23 Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.
2.2 O objeto do contrato não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Organização Social Contratante, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;
3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano

causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;

3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.

3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;

3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;

3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;

3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;

3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;

3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;
4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;
4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.
4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:
4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;
4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;
4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.
4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;
4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;
4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO
5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;

6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:

6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e

6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;

6.3.6.Relatório de Atividades.

6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

6.6.1. não produziu os resultados acordados;

6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.
6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.
6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA
7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado, acompanhando a vigência do ajuste principal firmado entre a contratante e o Município de Guarulhos.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE
8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.
8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.
8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida,

liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES
9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;
9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;
9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.
9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:
9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;
9.2.2.Multa de:
9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;
9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;
9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e
9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;
9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.
9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.
Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	**CORRESPONDÊNCIA**
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04

3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a

Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias

10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores,

consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade

de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.
13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES
14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:
14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7°, XXXIII, da Constituição Federal;
14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP n° 02, de 16 de setembro de 2009;
14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;
14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei n° 8.213, de 24 de Julho de 1993;
14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2° da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e

executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 21 de dezembro de 2021.

Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE

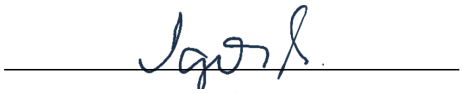
IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

TESTEMUNHAS:

NOME: **ALINE DE OLIVEIRA LOURENÇO**
RG.: 42389831-0
CPF.: 303.389.888-23

NOME: DEBORAH MENDES RIBEIRO CAPOVILLA
RG.: 43107055-6
CPF.: 460.075.918-40

Página de assinaturas



Igor Oliveira
230.095.288-25
Signatário

HISTÓRICO

24 set 2024 14:08:31 — **Secretaria Geral BHCL** criou este documento. (Email: notificacao.bhcl@gmail.com)

24 set 2024 14:09:56 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* visualizou este documento por meio do IP 177.137.38.77 localizado em Ilhabela - São Paulo - Brazil

24 set 2024 15:11:53 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* assinou este documento por meio do IP 177.137.38.77 localizado em Ilhabela - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 3d7c8c3547360b1[illegible]075637952cda6e21e85e6c58d2b70e238260ba
https://valida.ae/d840ea632571374da0609ee3db9b4e471798c1c3341eeabcc

FACULDADE Unyleya

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

Identificação: 40.668.315-3 - SSP/SP

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização, com **360 horas**, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Área de conhecimento: Administração

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2020

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA
Pós-Graduado(a)

MARCOS ZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

2107

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP , nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA

Pós-Graduação *Lato Sensu* **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR**

Período de Realização (W7548): 27 de dezembro de 2018 a 26 de maio de 2020 - Carga Horária: 360 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	40	Excelente	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Excelente	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONCALVES - MESTRE
BIOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	40	Excelente	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Excelente	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
LOGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Excelente	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Ótimo	CESAR AUGUSTO LEITAO - ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE

O presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES n°1, de 6 de abril de 2018.
A FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial n° 1.663 de 05/10/2006, Portaria SESu n° 727 de 31/03/2011 e recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 721, de 20/07/2016.

Registrado sob n° 80581 - 757437 / UNY-20

2108

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em quarta-feira, 11 de setembro de 2024 15:45:40 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE GERENTE DE EQUUIPE MULTIDISCIPLICAR PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR,** brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: MELINA MARIA SALES COSTA, brasileira, portadora do RG nº 3930240 SPTC-GO e do CPF/MF nº 005.958.491-21;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços de gerente de equipe multidisciplinar, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO
1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços de gerente de equipe multidisciplinar para o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES
Os serviços objeto deste Contrato destinam-se a atender os interesses do CONTRATANTE no exercício das suas atividades de gestão e operacionalização do HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS.
2.2. A prestação de serviços pelo CONTRATADO compreenderá:
a) Atividade de apoio direto na qualidade dos serviços não médicos específicos da unidade promovendo capacitação permanente do setor e dos profissionais em atividade na unidade de saúde;
b) Atividade de apoio, administrativo e operacional, indireto aos serviços das equipes médicas e multiprofissionais em atuação na unidade, planejando

capacitação através da oferta de educação permanente/ EP na unidade e ou fora dela se necessário;
c) Planejar, organizar, executar, monitorar e avaliar projetos e ações, internas e externas, da unidade sobre educação permanente com ênfase no ensino, pesquisa e extensão.
d) Promover feiras, treinamentos, palestras, workshops, congressos, exposições relacionadas as atividades de contrato de gestão.
e) O atendimento Multiprofissional: Formado pelos profissionais: Biomédico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social e Odontologia.
f) Apoio na formação e implantação dos protocolos multiprofissionais e interdisciplinares, que visam o atendimento integral do ser cuidado, com ênfase no trabalho em equipe multi profissional.
g) Apoio para todas as Comissões da Unidade quando solicitado.
h) Fornecer instrução para o funcionamento da equipe de multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.
i) Elaboração do regimento interno dos serviços multiprofissionais.
j) Elaboração e implantação de protocolos da equipe multiprofissional com rotinas por nível de qualificação dos profissionais.
k) Apoio no funcionamento, no mínimo, nas seguintes Comissões Clínicas:
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.
- Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.
- Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.
- Comissão de Proteção Radiológica.

2.3. O CONTRATADO deverá executar os serviços supra indicados, bem como aqueles relacionados na Proposta Comercial encaminhada ao CONTRATANTE, com zelo, qualidade e eficiência, objetivando os interesses do Município de Guarulhos/SP e do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;

3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;

3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;

3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.

3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;

3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;

3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;

3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;
4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;
4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;
4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.
4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:
4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;
4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;
4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.
4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;
4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO
5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO
6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.
6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;
6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:
6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;
6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;
6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;
6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e
6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;
6.3.6.Relatório de Atividades.
6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;
6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;
6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
6.6.1. não produziu os resultados acordados;

6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.
6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.
6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA
7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado, acompanhando a vigência do ajuste principal firmado entre a contratante e o Município de Guarulhos.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE
8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.

8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.
8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES
9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:
9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;
9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;
9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.
9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:
9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;
9.2.2.Multa de:

9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	**CORRESPONDÊNCIA**
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato

5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	**DESCRIÇÃO**	**GRAU**
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.
9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.
9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.
9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO
10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:
10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;
10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias
10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.
10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.
10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:
10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou

jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde

houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública,

deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES

14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:

14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7°, XXXIII, da Constituição Federal;

14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP n° 02, de 16 de setembro de 2009;

14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;

14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei n° 8.213, de 24 de Julho de 1993;

14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de

Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 30 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	**MELINA MARIA SALES COSTA**

TESTEMUNHAS:

NOME: **ALINE DE OLIVEIRA LOURENÇO**
RG.: 42389831-0
CPF.: 303.389.888-23

NOME: DEBORAH MENDES RIBEIRO CAPOVILLA
RG.: 43107055-6
CPF.: 460.075.918-40

Página de assinaturas

Deborah Capovilla
460.075.918-40
Testemunha

Melina Costa
005.958.491-21
Signatário

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

30 set 2024 12:46:02 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (Email: zlbadvogados@gmail.com)

30 set 2024 13:39:45 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

30 set 2024 13:39:50 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

30 set 2024 12:46:22 — **Deborah Mendes Ribeiro Capovilla** *(Email: deborahribeiro@adv.oabsp.org.br, CPF: 460.075.918-40)* visualizou este documento por meio do IP 172.225.100.137 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 12:46:27 — **Deborah Mendes Ribeiro Capovilla** *(Email: deborahribeiro@adv.oabsp.org.br, CPF: 460.075.918-40)* assinou como testemunha este documento por meio do IP 172.225.100.137 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 13:22:02 — **Melina Maria Sales Costa** *(Email: costamelina21@gmail.com, CPF: 005.958.491-21)* visualizou este documento por meio do IP 177.135.176.11 localizado em Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brazil

30 set 2024 13:22:24 — **Melina Maria Sales Costa** *(Email: costamelina21@gmail.com, CPF: 005.958.491-21)* assinou este documento por meio do IP 177.135.176.11 localizado em Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6983595fa41[illegible]0d07862bca3305bcec1a7d1545e49bb461d
https://valida.ae/921250cc7[illegible]cd503e2d0432faf4f41bdd93

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE GERENTE FINANCEIRA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

CONTRATANTE: BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, representada por seu provedor **ROBERTO GONELLA JÚNIOR,** brasileiro, casado, Administrador, portador do RG nº 12.249.262-6 e do CPF/MF nº 048.461.708-7;

CONTRATADO: THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO, brasileira, portadora do RG nº 5806237/SSP-GO e do CPF/MF nº 046.334.041-80;

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços de gerente financeira, que se regerá pelas normas contidas no Regulamento de Compras e Contratações da BHCL e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO DO CONTRATO
1.1. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços de gerente financeira para o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATIVIDADES
2.1. O CONTRATADO prestará os seguintes serviços para o CONTRATANTE junto às unidades hospitalares sob a sua gestão e operacionalização:
i) Planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades financeiras.
ii) Supervisão da rotina contábil.
iii) Tomada de decisões de natureza contábil junto com a Direção Administrativa.
iv) Fornecimento de meios, informações e relatórios necessários para a execução dos trabalhos de independente contratados para atestar as demonstrações financeiras e contábeis da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE junto

às unidades hospitalares sob a sua gestão e operacionalização no Estado de Goiás.
v) Reuniões com as demais Diretorias do CONTRATANTE.
vi) Controle dos repasses financeiros realizados pelo Município de Guarulhos/SP.
vii) Supervisão de pagamentos.
viii) Elaboração e emissão periódica de relatórios com as informações financeiras de sua responsabilidade para a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE.
ix) Condução das atividades de direção financeira com observância dos princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

2.2. As partes concordam que inexistirá na execução do objeto deste Contrato qualquer vínculo empregatício entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, sendo a relação entre eles celebrada nos termos da Lei no 6.019/1974.

2.3. O CONTRATADO deverá executar os serviços supra indicados com zelo, qualidade e eficiência, exercendo todos os esforços para o atendimento dos interesses do ente estatal diante dos Contratos de Gestão celebrados com o CONTRATANTE.

CLÁUSULA 3ª- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Executar os serviços conforme sua proposta, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, se o caso, na qualidade e quantidade necessárias a fiel execução do contrato;

3.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;

3.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Organização Social, devendo ressarcir imediatamente em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;

3.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

3.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante ou do Poder Público Contratante;

3.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;

3.7. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

3.8. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos;

3.9. Paralisar, por determinação da Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

3.10. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

3.11. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

3.12. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

3.13. Submeter previamente, por escrito, à Contratante, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

3.14. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

3.15. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as

condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção;
3.16. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
3.17. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como, por exemplo, os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da seleção.
3.18. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da Contratante;
3.19. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação;
3.20. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado;
3.21. Atender fiel e diligentemente os interesses do CONTRATANTE, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela mesma sempre que houver necessidade;
3.22. Comunicar prontamente, por escrito, a CONTRATANTE, sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados;
3.23. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços, prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;

CLÁUSULA 4ª - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
4.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;
4.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
4.3. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades

constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas;

4.4. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Contrato;

4.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber.

4.6. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como:

4.6.1. exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

4.6.2. direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas Contratadas;

4.6.3. considerar os trabalhadores da Contratada como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

4.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;

4.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento;

4.9. Arquivar, entre outros documentos, projetos, especificações técnicas, orçamentos, termos de recebimento, contratos e aditamentos, relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas;

CLÁUSULA 5ª - DO PREÇO

5.1. O valor será estipulado por cotas de contratos nos quais haja a atuação do CONTRATADO.

CLÁUSULA 6ª - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

6.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação será precedida do recebimento definitivo do serviço;

6.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser encaminhada obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, que consiste em:

6.3.1. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

6.3.2. certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

6.3.3. certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

6.3.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e

6.3.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; ;

6.3.6.Relatório de Atividades.

6.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento;

6.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura/Recibo de Locação, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

6.6. Será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

6.6.1. não produziu os resultados acordados;

6.6.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

6.6.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

6.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

6.8. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

6.9. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

6.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação.

6.11. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente com suas obrigações, salvo por motivo de economicidade ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.
6.12. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, quando couber.
6.13. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante ou da CONTRATANTE.

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA
7.1. O presente contrato possui prazo indeterminado, acompanhando a vigência do ajuste principal firmado entre a contratante e o Município de Guarulhos.

CLAUSULA 8ª- DO REAJUSTE
8.1. Os preços são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data de assinatura do instrumento contratual.
8.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice IPCA/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
8.3. O deferimento do pedido de reajuste está condicionado ao deferimento de reajuste no Contrato de gestão entabulado com a administração pública.
8.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
8.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
8.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser

utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

8.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

CLÁUSULA 9ª - DAS PENALIDADES

9.1. Comete infração contratual, a CONTRATADA que:

9.1.1. deixar de executar, total ou parcialmente, qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

9.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;

9.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;

9.1.4. comportar-se de modo inidôneo.

9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Organização Social pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

9.2.1.Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

9.2.2.Multa de:

9.2.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Organização Social, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

9.2.2.2.2.0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

9.2.2.2.3.0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

9.2.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

9.2.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação),

observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Organização Social CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

9.3. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

9.4. As sanções previstas nos subitens anteriores poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03

Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

9.5. A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão cobrados judicialmente.

9.7. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do participante, a Organização Social poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.9 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Organização Social, observado o princípio da proporcionalidade.

9.10. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Processo Administrativo respectivo, que poderá ser aberto de forma apensa ao processo de contratação.

CLÁUSULA 10ª - DA RESCISÃO

10.1 O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. por ato unilateral e escrito da Organização Social, previamente comunicado com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas;

10.1.2. Pela Contratada, desde que a comunicação de intenção de rescisão seja efetivada com antecedência mínima de 30(trinta) dias

10.1.2. amigavelmente, a qualquer tempo e independentemente de prévia comunicação.

10.3. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

10.4. O termo de rescisão será precedido de Relatório indicativo dos seguintes aspectos, conforme o caso:

10.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

10.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

10.4.3. Indenizações e multas.

CLÁUSULA 11ª- POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

11.1. A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

11.2. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

11.3. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

11.3.1. sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;

11.3.2. no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob acusação de corrupção ou suborno;

11.3.3. suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e

11.3.4. sujeita às restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

11.4. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

11.5. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

11.6. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção, assim como o descumprimento de qualquer declaração prevista nesta Cláusula.

11.7. A CONTRATADA declara e garante que:

11.7.1. os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo; e que

11.7.2. informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

11.8. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA realize referida nomeação nos termos do item "ii" acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

11.9. O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

11.10. A CONTRATADA se obriga a cumprir e fazer respeitar as questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da CONTRATANTE que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando- se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.

CLAUSULA 12ª- DA PROTEÇÃO DE DADOS

12.1. A CONTRATADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a CONTRATADA deverá:

12.2. Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da CONTRATANTE e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à CONTRATANTE, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

12.3. Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

12.4. Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados,

modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da CONTRATANTE.

12.5. Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CONTRATANTE assinaram Acordo de Confidencialidade com a CONTRATADA, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à CONTRATANTE. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

12.6. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da CONTRATANTE, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações.

12.7. Caso a CONTRATADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a CONTRATANTE para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

12.8. A CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

12.8.1. Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela CONTRATADA, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

12.8.2. Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 13ª- DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina contida no Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

13.2. Nos termos do art. 14, parágrafo único do Regulamento de Compras e Contratações da Contratante, a Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o

limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;

CLÁUSULA 14ª- DAS DECLARAÇÕES

14.1. A contratada declara, sob as penas da lei, que:

14.1.1. que não emprega menor de 18 ano em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do art. 7°, XXXIII, da Constituição Federal;

14.1.2. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP n° 02, de 16 de setembro de 2009;

14.3. que não possui em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto no inciso III da Constituição Federal;

14.4. que cumpre a exigência de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei n° 8.213, de 24 de Julho de 1993;

14.5. que não possui relação ou parentesco consanguíneo ou afim, em linha colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, de Secretário Municipal, de Presidentes de Autarquias, fundações e empresas estatais, de vereadores do Município contratante, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, bem como de diretores, estatutários ou não, da contratante, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão.

CLÁUSULA 15ª- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. As partes e as testemunhas que firmam o presente instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através de plataforma específica, com fundamento no art. 10, § 2° da MP 2200-2/2001, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

15.2. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura Digital/eletrônica tem mesma validade jurídica de um registo e autenticação feita em cartório, seja mediante a utilização de certificados e-CPF/e-CNPJ.

15.3. As partes renunciam à possibilidade de exigir troca, envio ou entrega de originais (não eletrônicas) assinadas

do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas.

CLÁUSULA 16ª - DO FORO

16.1. É eleito o Foro da Comarca de Cesário Lange - SP para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Cesário Lange, 30 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	**THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO**

TESTEMUNHAS:

NOME: **ALINE DE OLIVEIRA LOURENÇO** RG.: 42389831-0 CPF.: 303.389.888-23	**NOME: DEBORAH MENDES RIBEIRO CAPOVILLA** RG.: 43107055-6 CPF.: 460.075.918-40

Página de assinaturas

Deborah Capovilla
460.075.918-40
Testemunha

Thais Carvalho
046.334.041-80
Signatário

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

30 set 2024 12:56:55 — **Aline de Oliveira Lourenço** criou este documento. (Email: zlbadvogados@gmail.com)

30 set 2024 13:40:17 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

30 set 2024 13:40:24 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

30 set 2024 13:17:59 — **Thais Cristina Bueno De Carvalho** *(Email: thaiscristinabcarvalho@hotmail.com, CPF: 046.334.041-80)* visualizou este documento por meio do IP 189.0.147.103 localizado em Salvador - Bahia - Brazil

30 set 2024 13:18:43 — **Thais Cristina Bueno De Carvalho** *(Email: thaiscristinabcarvalho@hotmail.com, CPF: 046.334.041-80)* assinou este documento por meio do IP 189.0.147.103 localizado em Salvador - Bahia - Brazil

30 set 2024 13:03:09 — **Deborah Mendes Ribeiro Capovilla** *(Email: deborahribeiro@adv.oabsp.org.br, CPF: 460.075.918-40)* visualizou este documento por meio do IP 104.28.47.60 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 13:03:14 — **Deborah Mendes Ribeiro Capovilla** *(Email: deborahribeiro@adv.oabsp.org.br, CPF: 460.075.918-40)* assinou como testemunha este documento por meio do IP 104.28.47.60 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 03072dc7b72c79a656e590842bb7a3b46851249b4d603425
https://valida.ae/85929a8c4l81fa9c2e996021f8b4b8185

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **MAURÍCIO DE OLIVEIRA MOTA,** CPF: 128389918-33, RG: 16298665-8, Casado, Brasileiro, Administrador CRASP 148.888 e Odontopediatra CROSP 62.045, por prestar serviços de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** do Contrato de Gestão n. 627/2022, entabulado com o Município de Hortolândia, de 03.11.2022 até a presente data, cujo objeto é execução de ações e serviços de saúde do município, nos Componentes da Atenção Hospitalar, da Urgência e Emergência e Rede de Saúde,, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 25 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 9012-651F-3392-9802.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/9012-651F-3392-9802 ou vá até o site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9012-651F-3392-9802

Hash do Documento

31D0E845239BA807D7312BDDEB4E2F8D2D9C245139806A3258D7289C669C3FE3

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 26/09/2024 é(são) :

- Roberto Gonella Junior - 048.461.708-70 em 26/09/2024 09:33 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **THIAGO DE CARVALHO ZINGARELLI**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/SP 305.104, portador do RG nº 30.693.497-0 – SSP/SP e do CPF/MF nº 283.233.628-07, residente e domiciliado na cidade de Araraquara/SP, por intermédio da pessoa jurídica **ZINGARELLI, LOURENÇO & BARBOSA SOCIEDADE DE ADVOGADOS**, com registro na OAB/SP sob o nº 17.192, com escritório profissional situado na Avenida 15 de Novembro, 1.438 – Carmo, na cidade de Araraquara, Cep. 14.801-063, no Estado de São Paulo, por prestar serviços na condição de DIRETOR JURÍDICOS desta entidade desde 01.10.2019 até a presente data, com atuação em assessoria e consultoria jurídica, desenvolvendo as seguintes atividades:

1. Atuação como DIRETOR JURÍDICO com aplicação de conhecimentos técnicos, mediante completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões que norteiam a profissão e atendimento como parte responsável perante as autoridades competentes e profissionais.

2. Elaboração de peças processuais administrativas pela contratante, bem como atuação nos processos administrativos;

3. Prestar todo o apoio jurídico concernente ao aperfeiçoamento contínuo do sistema jurídico da contratante, bem como acompanhar os prepostos dela em audiências decorrentes do parágrafo único, da clausula primeira, reuniões administrativas e contratuais,

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

enfim, dar ampla assessoria jurídica na execução dos serviços prestados pela contratante;

4. Manter a regularidade dos atos constitutivos da CONTRATANTE, bem como assessorar nas necessárias modificações e elaboração de documentação complementar (regimentos);

5. Prestar assessoria jurídica para repactuação de contratos, rescisões e novas contratações;

6. Prestar assessoria para pactuação de novas obrigações com os entes públicos;

7. Assessoria nos processos de obtenção de certificações e ou renovações de certificações;

8. Prestar assessoria jurídica ao setor financeiro e de contabilidade, notadamente de prestação de contas;

9. Emissão de pareceres sobre a legalidade de atos e procedimentos a serem adotados;

10. Atuação como procurador da entidade nos processos judiciais em que lhe for outorgado instrumento de mandato;

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 13 de Julho de 2023.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

Este documento foi assinado digitalmente por Roberto Gonella Junior.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://izisign.com.br:443 e utilize o código F82D-3227-EDB5-EB46.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://izisign.com.br/Verificar/F82D-3227-EDB5-EB46 ou vá até o site https://izisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F82D-3227-EDB5-EB46

Hash do Documento

BF6E49EEFD8613BB26584403D33F31DECFB4DAD30CDBC2692D36AFD625A8CB5E

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 14/07/2023 é(são) :

☑ roberto Gonella Júnior - 048.461.708-70 em 14/07/2023 08:16 UTC-03:00

Nome no certificado: Roberto Gonella Junior

Tipo: Certificado Digital

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **IGOR SANCHES DE OLIVEIRA,** brasileiro, portador do RG nº 40.668.315-3 e do CPF/MF nº 230.095.288-25, por prestar serviços de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – HMCA do Município de Guarulhos, no período compreendido entre 21.12.2021 e 01.03.2024, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 23 de setembro de 2024.

Assinado de forma digital por ROBERTO GONELLA JUNIOR:04846170870
Versão do Adobe Acrobat: 2018.011.20040

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Prefeitura de
IPERÓ

DECLARAÇÃO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IPERÓ, *com CNPJ nº* ***46.634.085/0001-60*** *declara para* os devidos fins, que o Sr. **ROBERTO GONELLA JUNIOR**, portador do CPF nº **048.461.708-70**, RG nº **12.249.262,** PIS nº **170.585.816-04** e da Carteira de Trabalho nº **00019882**, Série **00036**, exerceu o cargo de Secretario de Saúde do Município de Iperó no período de 04 de agosto de 2008 a 02 de janeiro de 2013.

Firmamos a presente declaração para que produza os efeitos necessários.

Iperó, 05 de novembro de 2014

Leandro Firmino de Toledo
Diretor Departamento Serviço Administrativo
RG: 25.677.433-X

Leandro Firmino de Toledo
Diretor Departamento Serviço Administrativo

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:09 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247103

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270585-1
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860d2a52308c5cecbd366442cb16836a825f274766460cea548fa1a55d476fb
fc7ffe125bd8faaf921796a93b728508e590c

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Sr. Roberto Gonella Junior, portador do RG 12.249.262-6 e CPF 048.461.708-70, ocupou os cargos abaixo relacionados na Prefeitura Municipal de Quadra.

Período	Cargo
02/01/2001 a 30/12/2008	Diretor Municipal de Saúde
01/04/2014 a 30/09/2016	Secretario Municipal de Saúde
03/01/2017 á dias atuais	Secretario Municipal de Saúde

Declaro ainda que, no exercício dos cargos acima descritos, teve como principal função atuar como gestor de todas as ações de saúde desenvolvidas no município (atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, media complexidade e urgência/emergência).

Sem mais para o momento.

LUIZ CARLOS PEREIRA
Prefeito Municipal

[redacted]uadra 06 de Setembro de 2017.

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital

Prefeitura Municipal de Quadra

"Capital do Milho Branco"

Paço Municipal José Darci Soares

PORTARIA N° 004/2017
De 02 de Janeiro de 2017.

Dispõe sobre a nomeação de Secretário Municipal.

LUIZ CARLOS PEREIRA, *Prefeito Municipal de Quadra, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, expede a seguinte* ***P O R T A R I A:***

Art. 1° *- Fica nomeado para exercer o Cargo de Secretário de Saúde, o Sr.* ***ROBERTO GONELLA JUNIOR****, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG n.º 12.249.262 SSP/SP e CPF/MF n.º 048.461.708-70, com as atribuições e remuneração contestante da Lei Municipal nº 343, de 23 de Abril de 2009.*

Art. 2º *- O Secretário ora nomeado prestará o compromisso de posse em termo próprio e individual e apresentará declaração de bens, na forma do Art. 43, da Lei Orgânica do Município.*

Art. 3° *- As despesas decorrentes desta Portaria correrão por conta de dotação consignada no orçamento vigente, suplementada se necessário.*

Art. 4º *- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.*

Quadra/SP, 02 de Janeiro de 2017.

LUIZ CARLOS PEREIRA
Prefeito Municipal

Registrado em livros próprios, afixada no átrio do Paço Municipal e encaminhada para publicação na imprensa, na data supra.

HURIAS MIGUEL GOMES
Secretario de Planejamento e Gestão Administrativa

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital

PORTARIA Nº 43/2016
De 04 de outubro de 2016

"Dispõe sobre a exoneração de Secretário Municipal de Saúde"

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE, *Prefeito do Município de Quadra, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe confere o art. 39 da Orgânica Municipal, expede a seguinte:*

PORTARIA

Art. 1º *- Fica exonerado do cargo de Secretário Municipal de Saúde o Sr. ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, portador de RG nº. 12.249.262 SSP/SP e CPF no MF nº 048.461.708-70.*

Art. 2º *- As despesas decorrentes da execução da presente Portaria correrão por conta de dotação própria, suplementadas se necessário.*

Art. 3º *- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.*

Prefeitura Municipal de Quadra, aos 04 de outubro de 2016.

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE
Prefeito Municipal

Registrado em livros próprios e publicado no átrio e web site da Prefeitura de Quadra na data supra.

ALESSANDRA MASCARENHAS MENDES
Assistente Administrativo Resp. Diretoria de Administração

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital

PORTARIA 13/2014
De 1º de Abril de 2014

"Dispõe sobre a nomeação de SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE e dá outras providências"

***CARLOS VIEIRA DE ANDRADE**, Prefeito do Município de Quadra, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe confere o art. 39 da Orgânica Municipal, expede a seguinte:*

PORTARIA

***Art. 1º** - Fica nomeado o Sr. ROBERTO GONELLA JUNIOR, brasileiro, casado, portador de CIRG nº. 12.249.262 SSP/SP, CPF no MF nº 048.461.708-70, para exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde, com as atribuições e remuneração constantes da Lei Municipal nº. 343, de 23 de abril de 2009.*

***Art. 2º** - O Secretário ora nomeado prestará o compromisso de posse em termo próprio e individual e apresentará declaração de bens, na forma do Art. 43 da Lei Orgânica do Município.*

***Art. 3º** - As despesas decorrentes da execução da presente Portaria correrão por conta de dotação própria, suplementadas se necessário.*

***Art. 4º** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Portaria 003/2013, de 02 de Janeiro de 2013.*

Quadra, 1º de abril de 2014.

CARLOS VIEIRA DE ANDRADE
Prefeito Municipal

Registrada em livros próprios e publicada na Prefeitura Municipal de Quadra em 1º de Abril de 2014.

ALESSANDRA MASCARENHAS MENDES
Assistente Administrativo Resp. DEMAD

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS
FUNDADO EM 1888
PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS, INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Epitácio Pessoa, 1145 Bairro dos Estados 58030-00, João Pessoa PB
Tel.: (83) 3244-5404 / Fax: (83) 3244-5484
http://www.azevedobastos.not.br
E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO DE AUTENTICAÇÃO DIGITAL

O Bel. Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, Oficial do Primeiro Registro Civil de Nascimentos e Óbitos e Privativo de Casamentos, Interdições e Tutelas com atribuição de autenticar e reconhecer firmas da Comarca de João Pessoa Capital do Estado da Paraíba, em virtude de Lei, etc...

DECLARA para os devidos fins de direito que, o documento em anexo identificado individualmente em cada *Código de Autenticação Digital*[1] ou na referida sequência, foi autenticados de acordo com as Legislações e normas vigentes[3].

DECLARO ainda que, para garantir transparência e segurança jurídica de todos os atos oriundos dos respectivos serviços de Notas e Registros do Estado da Paraíba, a Corregedoria Geral de Justiça editou o Provimento CGJPB Nº 003/2014, determinando a inserção de um código em todos os atos notoriais e registrais, assim, cada Selo Digital de Fiscalização Extrajudicial contém um código único (por exemplo: ***Selo Digital: ABC12345-X1X2***) e dessa forma, cada autenticação processada pela nossa Serventia pode ser confirmada e verificada tantas vezes quanto for necessário através do site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, endereço http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/

A autenticação digital do documento faz prova de que, na data e hora em que ela foi realizada, a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** tinha posse de um documento com as mesmas características que foram reproduzidas na cópia autenticada, sendo da empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a este Cartório.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em **15/05/2019 21:23:30 (hora local)** através do sistema de autenticação digital do Cartório Azevêdo Bastos, de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001, como também, o documento eletrônico autenticado contendo o Certificado Digital do titular do Cartório Azevêdo Bastos, poderá ser solicitado diretamente a empresa **INSTITUTO SAO MIGUEL ARCANJO** ou ao Cartório pelo endereço de e-mail autentica@azevedobastos.not.br

Para informações mais detalhadas deste ato, acesse o site https://autdigital.azevedobastos.not.br e informe o *Código de Consulta desta Declaração*.

Código de Consulta desta Declaração: 1247104

A consulta desta Declaração estará disponível em nosso site até **14/05/2020 16:23:47 (hora local)**.

[1]Código de Autenticação Digital: 98941405191618270513-1 a 98941405191618270513-4
[2]Legislações Vigentes: Lei Federal nº 8.935/94, Lei Federal nº 10.406/2002, Medida Provisória nº 2200/2001, Lei Federal nº 13.105/2015, Lei Estadual nº 8.721/2008, Lei Estadual nº 10.132/2013 e Provimento CGJ N° 003/2014.

O referido é verdade, dou fé.

CHAVE DIGITAL

00005b1d734fd94f057f2d69fe6bc05b5f45bf17371cb860353ea7b8d821860d2afcb6dd1d0c47d00cebb68a116fc312274766460cea548fa1a55d476fbf
c7ffb282e56504180c0d45c0e9001e6ae3f2

Presidência da República
Casa Civil
Medida Provisória N.º 2.200-2,
de 24 de agosto de 2001.

2158

Art. 9º Os Distritos Judiciários de Heitoraí e Morro Agudo de Goiás ficam transferidos das Comarcas de Itaberaí e Rubiataba, respectivamente, para a Comarca de Itapuranga.

Art. 10. Fica a Comarca de Itapuranga elevada à entrância intermediária.

§ 1º Os cargos de Juiz de Direito que se encontram providos na Comarca, somente serão reclassificados como de Comarca de entrância intermediária à medida que ficarem vagos.

§ 2º Os magistrados atualmente titularizados na Comarca de Itapuranga, quando promovidos à entrância intermediária, poderão exercer opção para que a promoção se efetive na respectiva unidade judiciária no prazo de 5 (cinco) dias, contados da data da publicação do ato respectivo.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190384

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010022791,

RESOLVE:

Exonerar ANA PAULA RIBEIRO ZENHA, CPF/ME nº 005.247.171-33, do cargo em comissão de Diretor-Geral de Unidade de Saúde Porte 2, DAID-9, da Secretaria de Estado da Saúde, e nomear MELINA MARIA SALES COSTA, CPF/ME nº 005.958.491-21, para exercê-lo. Fica condicionada a eficácia ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190385

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais e tendo em vista o que consta do Processo nº 202000036006793,

RESOLVE:

I - exonerar do cargo de provimento em comissão de Líder de Área ou Projeto - LAP, da Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes, os que nelas se acham investidos, e nomear a indicada a seguir, para exercê-lo:

No DE ORDEM	EXONERAR	NOMEAR
1	RUTIANE LEMOS DE OLIVEIRA CPF/ME no 009.673.691-77	MEGGIE SADDI DUARTE CPF/ME no 024.867.231-29
2	ANDREZZA MEDEIROS TELES CPF/ME no 040.876.966-18	ANA CAROLINA MASSON SOUSA CPF/ME no 009.730.131-09

II - fica condicionada a eficácia dos provimentos de que trata o inciso I ao atendimento, pelas nomeadas, do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião das respectivas posses.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190388

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000010020334,

RESOLVE:

Exonerar SÉRGIO COUBE BOGADO NETO, CPF/ME nº 042.900.411-75, do cargo em comissão de Assessor "A7", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear AMANDA DE MORAIS, CPF/ME nº 700.379.121-86, para exercê-lo, com lotação na Secretaria de Estado da Saúde. Fica condicionada a eficácia do provimento ao atendimento do art. 1º do Decreto nº 7.587, de 30 de março de 2012, com alterações posteriores, por ocasião da respectiva posse.

Goiânia, 23 de julho de 2020; 132º da República.

RONALDO CAIADO
Governador do Estado

Protocolo 190389

DECRETO DE 23 DE JULHO DE 2020

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, também tendo em vista o que consta do Processo nº 202000025040408,

RESOLVE:

I - exonerar, a pedido e a partir de 4 de julho de 2020, MESQUISEDEC AIRES DE OLIVEIRA, CPF/ME nº 942.891.401-06, do cargo em comissão de Assessor "A9", da Secretaria de Estado da Administração, e nomear ANDRÉ ADALTO DA ROCHA, CPF/ME nº 301.808.481-00, para exercê-lo, com lotação no Departamento Estadual de Trânsito;

Estado de Goiás
Imprensa Oficial do Estado de Goiás

AGÊNCIA BRASIL CENTRAL

Rua SC-1, nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - Goiás
Fones: 3201-7639 / 3201-7623 / 3201-7663
www.abc.go.gov.br

Diretoria

Sofia Bezerra Coelho Da Rocha Lima
Presidente

Clebiana Pimenta Gouvêa Cruz
Diretora de Gestão Integrada

Marco Aurélio Vigário
Diretor de Telerradiodifusão, Imprensa Oficial e Site

Previsto Custódio dos Santos
Gerente de Imprensa Oficial e Mídias Digitais

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS
Assinado digitalmente pela ABC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 01534790

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ**, COREN/SP 72.941, CPF 151.866.708-20, residente à Rua Cipriano Barata, 3039, Apto. 174, Ipiranga, São Paulo - SP, CEP 04205-002, por prestar serviços de **DIRETORA ASSISTENCIAL** do Hospital Vida Memorial, em conformidade com o Contrato de Gestão firmado em 01.01.2015 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do Hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Gerenciar a área assistencial, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e POP;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Participar da elaboração do planejamento estratégico do hospital, contribuindo com sugestões de sua área de atuação a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da área assistencial atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 18 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 07:38:56 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:55:16 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:55:20 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 09a4c765a2110797ddb95f82fb9e9861e74351063b14d489bdcaaec5725bcdb9
https://valida.ae/35d23ed805e9a5fa729a5ac136287dcb3e1ef7faa80573029

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE,** brasileira, casada, inscrita no RG sob o nº 42.266.537-X SSP/SP e portadora do CPF/MF nº 320.577.198-20, por prestar serviços de **DIRETORA ASSISTENCIAL** das Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas, em conformidade com o Contrato n. **59014/2022** da Prefeitura de Guarulhos, desde 01.12.2022 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do Hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Gerenciar a área assistencial, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e POP;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Participar da elaboração do planejamento estratégico do hospital, contribuindo com sugestões de sua área de atuação a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da área assistencial atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 18 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CNPJ 50.351.626/0001-10
ROBERTO GONELLA JUNIOR
PROVEDOR

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 07:40:52 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:57:09 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:57:13 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original ae261785bf06983acf81f065e8dfab6b9b8fbd7050f6666bd0a56c9298cf4fa5
https://valida.ae/1a10eb1045c7a06344b5371ebca21ab7d3bc6f6e45b14837a

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **RODRIGO DE MORAIS NAVARRO GONÇALVES SILVA,** inscrito no CRM sob o n. 200.125, por prestar serviços de **DIRETOR TÉCNICO** das Unidades de Saúde da Atenção Primária e no Centro de Especialidades Médicas – CEMEG Pimentas, em conformidade com o Contrato n. **59014/2022** da Prefeitura de Guarulhos, desde 01.12.2022 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e protocolos clínicos;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências e estiverem sob sua demanda;

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistema de avaliação de pessoal contínua;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 18 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE
CNPJ 50.351.626/0001-10
ROBERTO GONELLA JUNIOR
PROVEDOR

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 07:41:22 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:57:23 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:57:27 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original fe6fd211746f21f1693f0a6ebc2dc62d6a62c895f5c448b835113cd321e307fe
https://valida.ae/2f5e0aad7bf959adec64c3a0d4e480212af2f28f2f13045fd

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 50.351.626/0001-10, com sede na Avenida São Paulo, nº 340, Vila Brasil, Cesário Lange, CEP. 18.285-000, **ATESTA e RECONHECE** a capacidade técnica e operacional de **SERGIO PAULO PINHEIRO DER TOROSSIAN,** inscrito no CRM sob o n. 52.429, por prestar serviços de **DIRETOR TÉCNICO** do Hospital Vida Memorial, em conformidade com o Contrato de Gestão firmado em 01.01.2015 até a presente data, desenvolvendo as seguintes atividades:

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e protocolos clínicos;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências e estiverem sob sua demanda;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistema de avaliação de pessoal contínua;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, com presteza e capacitação técnica, sem qualquer fato desabonador.

Cesário Lange, 18 de setembro de 2024.

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

CNPJ 50.351.626/0001-10

ROBERTO GONELLA JUNIOR

PROVEDOR

Página de assinaturas

Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

25 set 2024 07:41:57 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

25 set 2024 07:57:38 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* visualizou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

25 set 2024 07:57:42 — **Roberto Gonella Junior** *(Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70)* assinou este documento por meio do IP 201.46.47.98 localizado em Tatuí - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 577ea6d77354d7d91cafec9ae0f8deadcebd083adf76ebafc8d3590a1ef37791
https://valida.ae/e690954644d66af711cb99ee30612ee5ca2ffcd2e54129ae2

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B 22,
L. 4E, Sala 26-A EDIF. New Business, Jd.Goiás
CEP 74.810-100, Goiânia/GO tel: (62) 3922.5225
http://www.institutocem.org.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que a empresa**, Parreira consultoria em saúde,** CNPJ: 48.497.514/0001-20, AV portugal, nº 97, 502, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP: 74.140-020**,** representada pelo seu Diretor**, GABRIEL CORREA PARREIRA inscrito no COREN-GO, 689855, RG; 4845148/SSP/GO, CPF: 025.234.251-81**, prestou serviços de Diretoria, Assessoria e Consultoria Técnica na área de **GESTÃO HOSPITALAR** a empresa **INSTITUTO ICEM**, CNPJ:12.053.184/0001-37, estabelecida na Rua/Av. Deputado Jamel Cecílio, nº2496, qd.B22. lt.4E, sala.26/A, jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO e, executou cargo de diretor operacional da unidade:

- **Unidade Ambulatorial Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis/GO,** no período compreendido setembro de 2022 até julho de 2024;

Informo ainda que a prestação de serviços, referida acima, apresentaram **Excelente Qualidade e Desempenho Técnico Operacional, tendo cumprido fielmente com suas obrigatoriedades, nada constando que desabone sua capacidadetécnica**, até a presente data.

Goiânia, 26/07/2024

INSTITUTO ICEM

Jeziel Barbosa Ferreira

Diretor Presidente

Rua 03, S/N, Bairro Residencial Atenas
Quirinópolis/GO, CEP: 75.860-000
Tel: (62) 3229.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO OPERACIONAL PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO CEM E GABRIEL CORREA PARREIRA.

CONTRATO Nº 009/2022 – POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO

Portaria Interna nº: 015/2022

Pelo presente instrumento, de um lado o **INSTITUTO CEM**, associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob o nº 12.053.184/0005-60, qualificado como Organização Social no Estado de Goiás conforme Decreto nº 9.184 de 12 de Março de 2018, entidade gestora da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO**, doravante denominada "Policlínica Estadual de Quirinópolis", situado na Rua 03, S/N, Bairro Residencial Atenas, Quirinópolis/GO, CEP: 75.860-000, neste ato devidamente representado pelo seu Diretor Presidente, **JEZIEL BARBOSA FERREIRA**, na forma de seus atos constitutivos e alterações, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **GABRIEL CORREA PARREIRA**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.497.514/0001-20, com sede social na AVENIDA PORTUGAL, nº 97, QUADRA J6; LOTE 50; APT 502; SET OESTE, Goiânia - GO, CEP: 74.140-020, neste ato representado pelo seu sócio administrador, doravante denominado **CONTRATADO**.

As partes têm entre si justo e contratado, na melhor forma de direito, as cláusulas e condições adiante especificadas, as quais aceitam e livremente se comprometem a cumprir e respeitar nos termos que seguem, considerando que:

O presente instrumento é celebrado por prazo determinado para o atendimento dos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO, celebrado entre o INSTITUTO CEM e o PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS;

- é exigência do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS que as ações de gestão, coordenação dos serviços de saúde ofertados pelo CONTRATANTE aos usuários dos serviços assistenciais (pacientes) da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS sejam de boa qualidade;

- é exigência do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS que o CONTRATANTE exerça todos os esforços na busca de capacidade técnica de gestão para a POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS;

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

Rua 03, S/N, Bairro Residencial Atenas
Quirinópolis/GO, CEP: 75.860-000
Tel: (62) 3229.5225
http://www.institutocem.org.br

INSTITUTO CEM

CONCLUI-SE QUE a contratação de empresa para a prestação de serviços de coordenação operacional da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS, com foco na qualidade da gestão das ações e serviços administrativos e assistenciais ofertados para esta unidade hospitalar, é fundamental para o atendimento dos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO e interesses do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS perante os indivíduos/pacientes atendidos e acolhidos por esta unidade hospitalar.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente contrato consiste na **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO OPERACIONAL PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

2.1. Os serviços de coordenação operacional contratados neste instrumento destinam-se a atender os interesses do CONTRATANTE no exercício das suas atividades de gestão junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS, nos termos do Contrato de Gestão n° 001/2021 celebrado com o PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS.

2.2. O CONTRATADO deverá prestar os serviços de coordenação operacional nas dependências da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - OUIRINÓPOLIS, situada na Rua 03, S/N, Bairro Residencial Atenas, Quirinópolis/GO, CEP: 75.860-000.

2.3. A prestação dos serviços pelo CONTRATADO compreenderá:

i) Desenvolvimento de rotinas para os colaboradores e prestadores de serviços envolvidos na operação da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE QUIRINOPOLIS para o regular e eficaz atendimento dos pacientes encaminhados pela regulação do Estado de Goiás.

ii) Coordenação das atividades da equipe operacional para o atendimento das metas estabelecidas pelo parceiro público ESTADO DE GOIÁS.

iii) Desenvolvimento de estratégias operacionais.

iv) Motivação e esforços para o comprometimento da equipe operacional.

v) Otimização do desempenho da equipe sob a sua coordenação.

vi) Aperfeiçoamento do fluxo de atividades operacionais.

vii) Interação e compreensão das metas operacionais que devem ser alcançadas.

viii) Apresentação dos resultados das suas atividades para a Diretoria Administrativa e Geral do INSTITUTO CEM.

ix) Elaboração de relatórios das atividades desenvolvidas e relatórios comparativos das melhorias implementadas.

x) Participação de reuniões com a Diretoria Técnica da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE QUIRINOPOLIS e Diretoria Administrativa e Geral do INSTITUTO CEM.

2.4. O CONTRATADO deverá prestar seus serviços com agilidade, rapidez, efetividade e dinamismo de modo a atender as necessidades e exigências dos pacientes que buscam atendimento na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS.

2.5. O CONTRATADO deverá executar os serviços supra indicados com zelo, qualidade e eficiência, objetivando os interesses do Estado de Goiás e da Policlínica Estadual de Quirinópolis.

CLÁSULA TERCEIRA – DO PRAZO

3.1. Este contrato terá prazo determinado, com início em 03/11/2022 e término em 02/11/2023.

3.1.1. Este contrato poderá ter o seu prazo prorrogado, desde que observados os termos do art. 57 da Lei 8.666/93.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

3.2. Este contrato poderá ser rompido a qualquer tempo por interesse do CONTRATANTE, em especial para o atendimento dos interesses da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e interesse público, desde que previamente comunicado à outra parte, por escrito, com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

3.3. O presente instrumento está vinculado aos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO.

3.3.1. Na hipótese do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO ser alterado, este Contrato também o será, sem qualquer penalidade em desfavor do CONTRATANTE.

3.3.2. Na hipótese do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO ser rescindido pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, seja qual for a razão, o presente Contrato também o será, sem qualquer penalidade em desfavor do CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. O preço indicado na Cláusula 5.1, assim como os gastos e/ou despesas oriundos deste Contrato serão pagos com recursos financeiros repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS ao CONTRATANTE, nos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO.

4.2. Na hipótese do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS não efetivar os referidos repasses financeiros ou efetivá-los parcialmente, ou ainda efetivá-los com atraso, da mesma forma culminará o não pagamento ou pagamento parcial ou ainda o pagamento em atraso do montante devido ao CONTRATADO nos termos pactuados neste instrumento, inexistindo em qualquer das hipóteses mencionadas, a incidência de juros, multas e/ou indenizações sobre o montante mensal e/ou total ajustado na Cláusula 5.1 deste Contrato.

4.3. O CONTRATADO exime o CONTRATANTE de qualquer responsabilidade de indenização na hipótese de inadimplemento, total e/ou parcial, quando não houver o devido repasse financeiro pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, salvo se houver prova hábil, idônea e incontroversa em contrário, a qual o CONTRATADO deverá se incumbir de apresentar.

4.3.1. Na hipótese de o CONTRATADO exigir, extrajudicialmente e/ou judicialmente, a responsabilização do CONTRATANTE pelo inadimplemento ocorrido nas situações previstas nesta Cláusula 4ª, o mesmo estará sujeito ao pagamento da penalidade prevista na Cláusula 9.1. deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO

5.1. Pela prestação dos serviços descritos na Cláusula Segunda o CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO, mensalmente, o valor de R$ 12.000,00 (doze mil reais).

5.1.1. O preço constante da Cláusula 5.1. contempla todos os gastos (alimentação, vestuário, transporte, EPIs, entre outros) necessários para a execução dos serviços contratados, inclusive os tributos incidentes sobre o preço dos serviços executados.

5.2. O pagamento acima será efetuado mediante a apresentação da competente Nota Fiscal, a qual deverá constar obrigatoriamente a seguinte referência: "**Contrato nº 009/2022 INSTITUTO CEM/ GABRIEL CORREA PARREIRA – CONTRATO DE GESTÃO nº 01/2021 – SES/GO - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO OPERACIONAL PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO. Período: mês/ano.**"

5.3. Juntamente com a Nota Fiscal, o CONTRATADO deverá encaminhar o Relatório detalhado das atividades desempenhadas no período.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

3.2. Este contrato poderá ser rompido a qualquer tempo por interesse do CONTRATANTE, em especial para o atendimento dos interesses da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e interesse público, desde que previamente comunicado à outra parte, por escrito, com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

3.3. O presente instrumento está vinculado aos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO.

3.3.1. Na hipótese do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO ser alterado, este Contrato também o será, sem qualquer penalidade em desfavor do CONTRATANTE.

3.3.2. Na hipótese do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO ser rescindido pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, seja qual for a razão, o presente Contrato também o será, sem qualquer penalidade em desfavor do CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. O preço indicado na Cláusula 5.1, assim como os gastos e/ou despesas oriundos deste Contrato serão pagos com recursos financeiros repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS ao CONTRATANTE, nos termos do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO.

4.2. Na hipótese do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS não efetivar os referidos repasses financeiros ou efetivá-los parcialmente, ou ainda efetivá-los com atraso, da mesma forma culminará o não pagamento ou pagamento parcial ou ainda o pagamento em atraso do montante devido ao CONTRATADO nos termos pactuados neste instrumento, inexistindo em qualquer das hipóteses mencionadas, a incidência de juros, multas e/ou indenizações sobre o montante mensal e/ou total ajustado na Cláusula 5.1 deste Contrato.

4.3. O CONTRATADO exime o CONTRATANTE de qualquer responsabilidade de indenização na hipótese de inadimplemento, total e/ou parcial, quando não houver o devido repasse financeiro pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, salvo se houver prova hábil, idônea e incontroversa em contrário, a qual o CONTRATADO deverá se incumbir de apresentar.

4.3.1. Na hipótese de o CONTRATADO exigir, extrajudicialmente e/ou judicialmente, a responsabilização do CONTRATANTE pelo inadimplemento ocorrido nas situações previstas nesta Cláusula 4ª, o mesmo estará sujeito ao pagamento da penalidade prevista na Cláusula 9.1. deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO

5.1. Pela prestação dos serviços descritos na Cláusula Segunda o CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO, mensalmente, o valor de R$ 12.000,00 (doze mil reais).

5.1.1. O preço constante da Cláusula 5.1. contempla todos os gastos (alimentação, vestuário, transporte, EPIs, entre outros) necessários para a execução dos serviços contratados, inclusive os tributos incidentes sobre o preço dos serviços executados.

5.2. O pagamento acima será efetuado mediante a apresentação da competente Nota Fiscal, a qual deverá constar obrigatoriamente a seguinte referência: "**Contrato nº 009/2022 INSTITUTO CEM/ GABRIEL CORREA PARREIRA – CONTRATO DE GESTÃO nº 01/2021 – SES/GO - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO OPERACIONAL PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS/GO. Período: mês/ano.**"

5.3. Juntamente com a Nota Fiscal, o CONTRATADO deverá encaminhar o Relatório detalhado das atividades desempenhadas no período.

documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

5.4. **Para o pagamento será imprescindível encaminhar junto com a Nota Fiscal e Relatório os seguintes documentos:**

5.4.1. Cartão CNPJ (atualizado).

5.4.2. Requerimento de Empresário / Ato Constitutivo / Contrato Social (consolidado e alterações).

5.4.3. Documento de identificação do titular ou do sócio administrador.

5.4.4. As Certidões de Regularidade Fiscal (Municipal, Estadual e Federal).

5.4.4.1. A Certidão de Regularidade Municipal deverá ser do Município da sede do CONTRATADO e do Município de Quirinópolis/GO.

5.4.5. Certificado de Regularidade junto ao FGTS (CRF).

5.4.6. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (TST).

5.4.7. Declaração de Isenção de INSS, quando for o caso.

5.5. A Nota Fiscal, Relatório e documentos em desconformidade com as especificações previstas neste instrumento e/ou com vícios não serão aceitos, devendo o CONTRATADO retificá-la, substituí-la ou complementá-la, sendo que o prazo de pagamento reiniciará após a devida regularização, sem quaisquer ônus para o CONTRATANTE.

5.6. Os pagamentos serão efetuados mediante crédito na seguinte conta bancária do CONTRATADO:

Código do Banco	Agência	Conta-Corrente

5.7. As informações bancárias do CONTRATADO constantes da Cláusula 5.6 deverão ser informadas na competente Nota Fiscal após a referência prevista na Cláusula 5.2 supra.

5.8. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados do aceite da Nota Fiscal e fatura correspondentes, condicionado ao cumprimento integral dos serviços constantes da Cláusula 2 e indicados no relatório das atividades do período, bem como ao fornecimento da documentação relacionada na Cláusula 5.4

5.8.1. O CONTRATADO declara neste ato estar ciente que o pagamento poderá sofrer atraso em razão de eventual demora ou impedimento do repasse financeiro ao CONTRATANTE por parte do PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, inexistindo nestas hipóteses, após a apresentação da regular justificativa ao CONTRATADO, qualquer penalidade e/ou incidência de juros, multa moratória ou indenização em desfavor do CONTRATANTE.

5.8.2. Na hipótese de eventual atraso no pagamento ou inadimplemento, total e/ou parcial, do pagamento devido ao CONTRATADO por ausência do devido repasse financeiro pelo PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, o CONTRATADO não poderá levar o título inadimplido à protesto ou exigí-lo extrajudicialmente ou judicialmente em desfavor do CONTRATANTE, sob pena da incidência da multa prevista na Cláusula 9.1, além do pagamento das custas, despesas e honorários advocatícios, no percentual de 20%, para que o CONTRATANTE defenda os termos pactuados neste Contrato.

5.9. Do preço a ser pago ao CONTRATADO o CONTRATANTE poderá deduzir as retenções tributárias devidas, conforme legislação tributária vigente no momento do pagamento.

5.10. O CONTRATADO concorda que o CONTRATANTE efetue a retenção do montante devido à título de indenização por danos materiais, morais e pessoais a que ele vier a dar causa ou for considerado como culpado, nos termos deste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

6.1. O **CONTRATADO** estará sujeito às seguintes obrigações:

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

6.1.1. Executar os serviços previstos na Cláusula 1 e descritos na Cláusula 2, dentro dos padrões de qualidade e eficiência exigidos para o serviço, e em conformidade com o disposto neste Contrato.

6.1.2. Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a contratação, particularmente no que tange à regularidade fiscal, previdenciária, trabalhista e profissional.

6.1.3. Executar os serviços contratados em prol do interesse público e da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

6.1.4. Atender tempestivamente a todas as solicitações feitas pelo CONTRATANTE.

6.1.5. Efetuar o ressarcimento de quaisquer danos materiais, morais e/ou pessoais ocasionados aos empregados, bens e patrimônio do CONTRATANTE e PARCEIRO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da entrega da notificação neste sentido pelo CONTRATANTE.

6.1.6. Não transferir a terceiros, no todo ou em parte, as obrigações decorrentes deste Contrato, salvo mediante concordância expressa do CONTRATANTE.

6.1.7. Manter todas as condições mínimas exigidas pelos órgãos competentes para a consecução do presente contrato, sob pena de rescisão unilateral do mesmo.

6.1.8. Sanar, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da notificação do CONTRATANTE, quaisquer irregularidades ou defeitos constatados na prestação dos serviços.

6.1.9. Substituir profissional que, a critério do CONTRATANTE, apresente comportamento inadequado ou não siga o Regulamento Interno da Policlínica Estadual de Quirinópolis.

6.1.10. Não permitir que seus profissionais solicitem gratificações ou contribuições materiais, de qualquer espécie, durante a consecução do presente instrumento.

6.1.11. Exercer todos os esforços para manter a sua regularidade e capacidade técnica, assim como de todos os profissionais que vierem a atuar na execução do objeto contratado, sob pena de rescisão do contrato com aplicação das penalidades cabíveis.

6.1.12. Manter sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços, documentos, pesquisas, entrevistas e demais informações apuradas ou que venha a tomar conhecimento durante a execução do objeto deste contrato.

6.1.12.1. O sigilo e a confidencialidade devem ser observados no prazo de até 5 anos após o término deste Contrato, sujeitando-se o CONTRATADO, na hipótese de violação, ao pagamento da multa prevista neste instrumento além de indenização em favor do CONTRATANTE no montante de 10 vezes o valor deste Contrato.

6.1.13. Submeter-se a qualquer órgão público quando for procurado, devendo apresentar tudo o quanto for solicitado.

6.1.14. Submeter-se à fiscalização a ser realizada pelo CONTRATANTE, relativa à prestação do objeto pactuado, conforme regras estabelecidas nos protocolos internos e padronização do CONTRATANTE.

6.1.15. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade do serviço.

6.1.16. Seguir as normas e regulamentos internos do CONTRATANTE.

6.1.17. Manter registro para o controle e fiscalização, legalmente ou administrativamente exigidos, dos serviços executados.

6.1.18. Comunicar imediatamente o CONTRATANTE todas as alterações que vier a promover na sua constituição social, sob pena da imediata rescisão do presente Contrato com a aplicação da penalidade prevista na Cláusula 9.1.

6.1.19. Celebrar o Termo de Responsabilidade.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

6.1.20. Apresentar o Relatório mensal das atividades exercidas no período, juntamente com a Nota Fiscal correspondente e documentação prevista na Cláusula 5.4, **até o dia 10 (dez) do mês seguinte ao da prestação do serviço.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

7.1. Exigir do CONTRATADO o cumprimento de todas as suas obrigações previstas neste Contrato.

7.2. Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e gerenciamento do cumprimento do objeto do Contrato por parte do CONTRATADO, adotando todas as providências necessárias que lhe caibam e aplicando, quando for o caso, as penalidades devidas em desfavor do CONTRATADO.

7.3. Prestar as informações, esclarecimentos e orientações que venham a ser solicitados pelo CONTRATADO em tempo hábil ou no prazo por ele indicado.

7.4. Exercer esforços para comunicar e conscientizar seus empregados e terceiros da importância e necessidade da efetiva adesão às atividades de capacitação e treinamento para qualidade que serão desenvolvidas e implementadas pelo CONTRATADO.

7.5. Eximir o CONTRATADO de quaisquer responsabilidades diante do fornecimento intempestivo de informações e/ou documentos por ele solicitados.

7.6. Exercer todos os esforços para manter o CONTRATADO informado de situações e/ou fatos que possam ter ou tenham implicação jurídica em desfavor do CONTRATANTE.

7.7. Contribuir para o eficaz cumprimento do Contrato celebrado com o CONTRATADO.

7.8. Editar normas e procedimentos complementares para o gerenciamento e execução do Contrato em razão de exigências dos órgãos de controle e fiscalização.

7.9. Exigir do CONTRATADO o cumprimento das normas emanadas pelos órgãos de fiscalização e controle.

7.10. Exigir do CONTRATADO o fiel cumprimento da legislação atinente ao objeto deste Contrato.

7.11. Realizar descontos do preço do Contrato quando da apuração mensal de entrega insuficiente, parcial ou deficiente, pelo CONTRATADO, do objeto avençado.

7.12. Apurar, quantificar e deduzir do Preço do Contrato eventuais prejuízos causados pelo CONTRATADO em face do CONTRATANTE ou Poder Público Estadual.

7.13. Notificar e aplicar as multas previstas no Contrato em desfavor do CONTRATADO quando houver descumprimento dos termos e condições avençados.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

8.1. Constitui motivo para a rescisão unilateral e administrativa deste contrato, independentemente das sanções legais e contratuais aplicáveis, a critério do **CONTRATANTE**, quando o **CONTRATADO**:

8.1.1. Não cumprir ou cumprir parcialmente e/ou irregularmente as cláusulas deste instrumento, especificações ou prazos, inclusive com a lentidão do seu cumprimento.

8.1.2. Paralisar suas atividades sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE.

8.1.3. Ceder ou transferir, total ou parcialmente, este contrato.

8.1.4. Efetuar a sua fusão, cisão ou incorporação sem o consentimento prévio do CONTRATANTE.

8.1.5. Não obedecer às determinações da autoridade pública designada para acompanhar e fiscalizar a execução das suas atividades.

8.1.6. Encerrar suas atividades ou houver o falecimento do seu titular, representantes e ou administrador.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

8.1.7. Alterar ou modificar o seu objeto, finalidade ou composição societária, de modo a prejudicar ou colocar em risco a execução deste contrato.

8.1.8. Tornar irregular ou ilegal a sua composição societária ou ainda em desconformidade com os termos deste Contrato e princípios norteadores dos atos da administração pública.

8.1.9. Atraso injustificado no início dos serviços contratados.

8.1.10. Falhas na execução dos serviços contratados.

8.1.11. Não provar as regularidades relativas para com a Fazenda Federal, Estadual, Municipal, FGTS e Trabalhista.

8.1.12. Término do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/GO.

8.2. Constatadas as hipóteses previstas nas Cláusulas 8.1.1 a 8.1.11 supra, o CONTRATANTE requisitará, previamente, do CONTRATADO, os esclarecimentos devidos, os quais deverão ser fornecidos no prazo máximo de 48 horas.

8.3. O CONTRATANTE, por meio da sua Comissão de Gestão de Contratos ou Diretor Geral, terá prazo de até 2 dias úteis para decidir sobre os esclarecimentos e/ou justificativas apresentadas pelo CONTRATADO e aplicar as penalidades cabíveis e/ou comunicar a rescisão deste Contrato, quando assim julgar necessário.

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

9.1. O não cumprimento pela CONTRATADA das obrigações dispostas neste Contrato sujeitará à aplicação de multa correspondente a 20% sobre o preço constante da Cláusula Quinta. Na hipótese de reincidência de qualquer tipo de transgressão, bem como o não atendimento ou cumprimento dos termos deste Contrato, após a devida Notificação pelo CONTRATANTE, ensejará a elevação do percentual da multa para 30%, com a consequente rescisão do Contrato.

9.2. O CONTRATADO concorda que o CONTRATANTE poderá reter de eventual pagamento devido ao CONTRATADO o montante devido à título de penalidade prevista neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO

10.1. A Fiscalização das atividades do CONTRATADO será exercida pela COMISSÃO DE GESTÃO DE CONTRATOS E/OU DIRETORIA DO INSTITUTO CEM, cabendo respectivamente a estes a aceitação dos serviços e o aceite das Notas Fiscais / Faturas, Relatórios e documentos emitidos e fornecidos pelo CONTRATADO.

10.2. A Fiscalização terá poderes para proceder qualquer determinação que seja necessária à perfeita execução dos serviços, inclusive podendo determinar a paralisação ou suspensão destes quando não houver cumprimento às disposições ora pactuadas.

10.3. A Fiscalização terá poderes para solicitar a substituição de empregados/colaboradores que apresentarem comportamento desrespeitoso ou em desconformidade com o Regulamento Interno da Policlínica Estadual de Quirinópolis.

10.4. A fiscalização citada nas Cláusulas anteriores não isenta o CONTRATADO das responsabilidades assumidas neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Quaisquer casos, eventos ou circunstâncias não avençadas ou não previstas neste contrato, serão, em princípio, dirimidos por intermédio de imediata consulta ao CONTRATANTE, de forma expressa, regulamentar e em tempo hábil para o seu atendimento.

11.2. Os serviços realizados de forma incompleta serão considerados como não cumpridos em seu todo, arcando o CONTRATADO com todas as obrigações contratuais resultantes, e pelas perdas e danos ocasionados ao CONTRATANTE e terceiros.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

11.3. O CONTRATADO não poderá suspender o cumprimento de suas obrigações e deverá tolerar eventuais inadimplementos e/ou atrasos de pagamentos, sob pena da incidência da penalidade prevista neste Contrato.

11.4. O descumprimento/inadimplemento de obrigações legais por parte do CONTRATADO que possam gerar responsabilidade solidária ao CONTRATANTE autorizará a retenção do valor que eventualmente lhe seja devido como garantia para o cumprimento das obrigações pendentes.

11.5. A eventual aceitação, por uma das partes, da inexecução, pela outra, de quaisquer cláusulas ou condições deste Contrato, a qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, na desistência de exigir o cumprimento integral do aqui estabelecido, não devendo ser considerado modificação ou novação do presente Instrumento.

11.6. O presente contrato não gera qualquer relação trabalhista entre os colaboradores, empregados, sócios e titulares do CONTRATADO em relação ao CONTRATANTE, e assim reciprocamente, nem tampouco solidariedade civil, trabalhista ou fiscal entre as partes. O CONTRATADO se responsabiliza perante o CONTRATANTE pelo estrito cumprimento da legislação trabalhista em relação aos seus empregados e colaboradores que venham prestar serviços, direta ou indiretamente, ao CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12. Para dirimir as questões oriundas da execução desse contrato, fica eleito o foro da Comarca de Quirinópolis/GO renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim contratadas as partes firmam o presente em três vias de igual forma e teor e subscritas por duas testemunhas.

Quirinópolis, 03 de novembro de 2022.

JEZIEL BARBOSA FERREIRA:47630841191

Assinado de forma digital por JEZIEL BARBOSA FERREIRA:47630841191

INSTITUTO CEM
Jeziel Barbosa Ferreira
Diretor Presidente

GABRIEL CORREA PARREIRA
CNPJ nº 48.497.514/0001-20

TESTEMUNHA 01
Nome:
CPF:
RG:

TESTEMUNHA 02
Nome:
CPF:
RG:

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 19/12/2022 às 19:09, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 179828 e o código verificador 25222.

Gabriel Correa Parreira

Goiânia, Goiás, CEP: 74.140-020

Fone: (064) 99225-8761

E-mail: gabricopa@gmail.com

RESUMO PROFISSIONAL

Com ampla experiência em gestão de unidades de saúde e acreditação, atuo com foco na excelência operacional e conformidade com normas regulatórias. Supervisiono e otimizo operações em serviços de saúde, incluindo SADT e ambulatórios de atendimento médico, coordenando equipes multidisciplinares para assegurar a qualidade do atendimento e a eficiência dos processos. Tenho sólida experiência na administração de recursos materiais e financeiros, controlando a aquisição e manutenção de equipamentos e insumos, e gerenciando contratos com fornecedores para garantir eficiência e economia.

Também atuo no terceiro setor, prestando consultoria técnica, desenvolvendo e executando projetos em instituições parceiras. Participo ativamente da obtenção e manutenção de acreditações, colaborando com entidades certificadoras para assegurar que todos os processos e serviços atendam aos padrões de qualidade. Implanto e gerencio comitês de acreditação e qualidade, conduzindo reuniões regulares para apresentação de indicadores de desempenho e discussão de estratégias para melhorias contínuas.

Desenvolvo e implemento programas de capacitação e treinamento contínuo para equipes, promovendo a atualização técnica e a melhoria contínua dos serviços prestados. Realizo análises detalhadas de indicadores de desempenho e participo de auditorias para garantir a conformidade com regulamentações e normas do setor, promovendo a transparência e a eficiência dos processos. Minha trajetória demonstra uma capacidade consolidada para liderar operações complexas, assegurar a conformidade com padrões de qualidade e colaborar efetivamente com parceiros para promover a excelência e a melhoria contínua nos serviços de saúde.

FORMAÇÃO

- **Jan/ 2014**

Graduação em Enfermagem.
UNIVERSO, GOIÁS, Brasil.

- **Jan/ 2022**

Especialização em Nefrologia.
FASOUZA, MINAS GERAIS, Brasil.

- **Jan/ 2024**

Especialização em Complience

ITH, GOIÁS, Brasil.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **Instituto Cem - Policlínica Estadual da Região Sudoeste**

  Gestor de serviço de saúde – agosto/2022 até julho/2024

Como Coordenador de serviço de Saúde, fui responsável pela supervisão e otimização das operações de saúde, focando em três áreas principais: gestão de pessoas, gestão de patrimônio e gestão de indicadores.

Na gestão de pessoas, coordenei uma equipe multidisciplinar, assegurando a qualidade do atendimento e a eficiência das operações assistenciais. Conduzi processos de recrutamento e seleção, garantindo a contratação de profissionais qualificados e alinhados com os objetivos da instituição. Desenvolvi programas de treinamento e desenvolvimento contínuo, promovendo a capacitação técnica e a atualização dos colaboradores. Realizei avaliações de desempenho periódicas, fornecendo feedback construtivo e implementando planos de melhoria individual e coletiva.

Em relação à gestão de patrimônio, administrei os recursos materiais e financeiros da instituição, assegurando a otimização do uso e a conservação do patrimônio. Planejei e controlei a aquisição de equipamentos e insumos médicos, garantindo a disponibilidade e a manutenção adequada para suportar as operações de saúde. Implementei políticas de controle de estoque e inventário, reduzindo custos e evitando desperdícios. Gerenciei contratos com fornecedores e prestadores de serviços, assegurando a qualidade e a eficiência das parcerias. Participei da fiscalização de contratos, criei uma comissão de fiscalização de contratos e participei de treinamentos da Planisa para aprimorar a gestão e controle dos recursos financeiros e patrimoniais.

Na gestão de indicadores, desenvolvi e monitorei indicadores de desempenho assistencial, financeiros e de qualidade, estabelecendo metas e planos de ação para alcançar os objetivos estratégicos da instituição. Realizei análises periódicas dos indicadores, identificando áreas de melhoria e implementando intervenções corretivas para garantir a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde. Relatei os resultados aos stakeholders, promovendo a transparência e a tomada de decisões baseada em dados. Utilizei ferramentas de gestão para monitorar e

avaliar a performance dos processos assistenciais, garantindo o cumprimento das normas e regulamentações vigentes.

- **Instituto Cem – Responsável Técnico Nefrologia**

Consultoria Técnica - Prestação de Serviço especializado – outubro/2021 até agosto/2022

Supervisionei e coordenei equipe de enfermagem especializada em nefrologia, garantindo que todos os cuidados prestados aos pacientes fossem realizados com a máxima qualidade e segurança. Planejei e organizei as atividades diárias da unidade, assegurando que os processos fossem executados de maneira eficiente e contínua.

No que tange à gestão de cuidados ao paciente, monitorei e avaliei constantemente o estado de saúde dos pacientes, ajustando os planos de cuidado de acordo com suas necessidades específicas. Este trabalho incluiu a administração de tratamentos de diálise, a supervisão de procedimentos médicos e a colaboração estreita com médicos nefrologistas para desenvolver estratégias de tratamento personalizadas.

Participei ativamente da inauguração das Policlínicas de Posse, Quirinópolis, Goianésia e Formosa, onde contribuí para a implementação das unidades de nefrologia. Este processo envolveu a configuração inicial dos serviços de nefrologia, a formação das equipes locais e a garantia de que todos os protocolos clínicos e operacionais estivessem em conformidade com as normas regulatórias e os padrões de qualidade estabelecidos pela legislção.

Fui responsável também pela implementação e monitoramento de indicadores de desempenho, utilizando esses dados para identificar áreas de melhoria e desenvolver planos de ação que visavam aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. Participei de auditorias internas e externas, assegurando a conformidade com todas as regulamentações aplicáveis e promovendo a melhoria contínua dos processos de atendimento.

Além disso, organizei programas de treinamento e desenvolvimento contínuo para a equipe de enfermagem, focando na atualização constante das habilidades e conhecimentos necessários para o cuidado especializado de pacientes com condições renais. Promovi a educação contínua dos pacientes e de suas famílias, fornecendo informações essenciais sobre a gestão de sua condição de saúde e os cuidados necessários em casa.

- **Hemolabor**

Gestão do setor de transfusão de hemocomponentes – março/2010 a outubro/2021

Como Gestor do Setor de Transfusão de Hemocomponentes, fui responsável pela supervisão técnica e operacional de todas as atividades relacionadas às transfusões, com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos processos. Minha função incluía a coordenação de uma equipe de

enfermeiros e técnicos, assegurando que as atividades diárias fossem realizadas conforme os protocolos clínicos e normas regulamentares.

Gerenciava o recebimento, armazenamento e distribuição de hemocomponentes, garantindo que os produtos fossem mantidos em condições ideais para preservar sua eficácia e segurança. Desenvolvia e implementava protocolos rigorosos de qualidade para os processos de transfusão, realizando auditorias internas e externas para assegurar a conformidade com os padrões estabelecidos.

Além disso, mantinha um relacionamento direto com bancos de sangue e fornecedores, gerenciando a logística e assegurando a adequação dos produtos recebidos. Participava ativamente na obtenção e manutenção das acreditações da Sociedade Brasileira de Banco de Sangue e da Associação Internacional de Banco de Sangue, coordenando os processos de certificação e conformidade com os requisitos regulatórios.

Implantei e gerenciei 21 comitês transfusionais em instituições parceiras, organizando reuniões mensais para a apresentação de indicadores de auditoria e a discussão de estratégias para melhorias contínuas. Monitorava indicadores de desempenho relacionados ao setor de transfusão, realizando análises detalhadas dos dados para identificar áreas de aprimoramento e desenvolver planos de ação para a otimização dos processos.

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE OBRAS SERVIÇOS, COMPRAS, ALIENAÇÕES E LOCAÇÕES DA BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

Capítulo I

Seção I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1°. Este Regulamento estabelece normas para a contratação de obras, serviços, compras, alienações e locações no âmbito da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE conforme previsão constante nos artigos 2° a 4° da Lei Federal n° 9.637, de 15 de Maio de 1998 e suas alterações posteriores, no art. 22, alínea "g" do Estatuto Social da Instituição, na Decisão em Ação Direta de Inconstitucionalidade n° 1923/DF do Supremo Tribunal Federal, bem como os princípios gerais do processo licitatório contidos na Lei Federal n° 14.133, de 01 de Abril de 2021.

Artigo 2° - A contratação de obras, serviços, compras, alienações e locações da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE será feita de acordo com as normas deste Regulamento, conforme o disposto no Regimento Interno e no Estatuto da BHCL.

Artigo 3° - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO

LANGE e o Parceiro Público, se o caso, mediante julgamento objetivo e observância dos princípios da impessoalidade, transparência, segurança jurídica, razoabilidade e da competitividade.

Artigo 4°. As contratações a que se refere este Regulamento serão feitas com a adequada caracterização de seu objeto e quando necessário, com a confecção de Termo de Referência pela área técnica específica.

Art. 5°. Para realização de contratação de obras, serviços, compras, alienações e locações serão observados:

I - o desatendimento de exigências meramente formais que não comprometam a aferição da qualificação do licitante ou a compreensão do conteúdo de sua proposta não importará em sua exclusão ou a invalidação do processo de contratação;

II - os atos poderão ser realizados de forma digital, através de plataforma de comunicação com os proponentes ou ainda, através de comunicações através de correspondência eletrônica;

III- buscar-se-á a diminuição do formalismo e burocracia, desde que não haja prejuízo ao processo, com vistas à maior celeridade na conclusão da demanda;

IV- é vedada a contratação de pessoa jurídica a qual tenha como sócio, sócio administrador ou ocupante de cargo de chefia, agente público ligado ao órgão contratante;

V- é vedada a contratação nas situações descritas no art. 14 da Lei n° 14.133/2021;

Seção II

DAS COMPRAS

Artigo 6° - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para o fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir as necessidades da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE no desenvolvimento de suas atividades.

Artigo 7° - O procedimento de compras se desdobra nas seguintes etapas:

I- Descrição detalhada da necessidade de contratação, com as especificações técnicas do objeto e prazo de contratação;

II- definição das condições de execução e pagamento, das garantias exigidas e das condições de recebimento;

III- orçamento estimado, que poderá ser obtido através da realização de pesquisa de preços com no mínimo 03 (três) fornecedores, pesquisa em dados contidos em bancos de contratações públicas ou ainda, em se tratando de objeto de prestação contínua, da aferição da média de valor pago nos últimos 12(doze) meses;

a- no caso de contratação de serviços de profissionais cuja atividade seja fiscalizada por órgão de classe, poderá ser feita a pesquisa de preços com base em valores contidos em tabelas sugestivas de remuneração expedidas por estes órgãos;

IV- verificação da compatibilidade do valor médio auferido com o valor contido no Plano Orçamentário de Custeio da Parceria firmada com órgãos da administração pública, se o caso.

b- havendo apuração de preço médio maior que o contido no Plano Orçamentário de custeio, a manutenção do balizamento deverá ser justificada pelo órgão contratante e aprovado, se o caso pelo órgão da administração pública;

V- Elaboração do edital e seus anexos, dentre os quais deve conter, nos casos exigidos, o Termo de Referência e a Minuta contratual;

VI- Parecer jurídico sobre a fase interna de preparação;

VII- Publicação, no sítio eletrônico da BHCL e/ou em plataforma digital de contratações, do edital simplificado de contratação, do qual constarão os dados necessários à formulação da proposta, data e forma de sua apresentação, especificações técnicas e minuta do contrato, se assim o exigir.

VIII- Recepção e análise das propostas financeiras;

IX- Verificação de atendimento das condições contidas no edital;

X- Apuração da melhor oferta;

XI- Declaração da proposta vencedora de forma provisória e determinação de apresentação de documentos de habilitação

XII- Análise dos documentos de habilitação da proposta vencedora de forma provisória;

XIII- Divulgação da decisão sobre a análise dos documentos de habilitação e declaração da proponente vencedora;

XIV- Abertura de prazo recursal;

XV- Homologação e Adjudicação;

XVI-Convocação para assinatura do contrato, se o caso e;

XVII Emissão de ordem de fornecimento.

§ 1° O disposto no inciso VII poderá ser dispensado, mediante justificativa.

§ 2° Poderá ser dispensada a formalização de instrumento de contrato, se o caso, sendo substituído por ordem de fornecimento, quando as condições da contratação assim o exigirem.

Art. 8°. Para a verificação dos documentos de habilitação, a unidade contratante deverá verificar os documentos abaixo elencados, se o caso:

I- Habilitação jurídica:

a- Contrato Social ou instrumento de constituição vigente;

b- Comprovação da eleição da diretoria em exercício, se o caso;

c- Decreto de autorização de funcionamento, se o caso;

d- Comprovação de inscrição na Junta Comercial, se o caso.

§ 1° Demais hipóteses de comprovação de capacidade jurídica poderão ser definidas no edital, conforme previsão contida no art. 65 da Lei n° 14.133/2021;

II- Qualificação técnico- profissional:

a- Apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, quando for o caso, detentor de atestado de responsabilidade técnica por execução de obra ou serviço de características semelhantes, para fins de contratação;

b - certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente, quando for o caso, que demonstrem capacidade operacional na execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior, limitada a comprovação de execução a 50% (cinquenta por cento) do quantitativo do objeto;

c - indicação do pessoal técnico, das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a realização do objeto, se o caso;

d - Prova do atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso;

e - Registro ou inscrição na entidade profissional competente, quando for o caso;

f - declaração de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação.

g- Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária, se ao caso;

h- Licença de Funcionamento da Polícia Federal, se o caso;

i- Certificado de Responsabilidade técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção

desta responsabilidade técnica, em caso de fabricante e distribuidor;

j- Certificado de boas práticas de fabricação e controle de produtos para a saúde, expedido pela ANVISA, no caso de fabricante;

k- Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS, no caso de fabricante e distribuidor;

§ 1°. O órgão contratante delimitará no edital quais são as parcelas do objeto a serem consideradas para o fim de atendimento ao previsto na alínea b;

III- Habilitação Fiscal, Social e Trabalhista:

a- Comprovante de Inscrição no CNPJ ou CPF;

b- Comprovante de Inscrição Estadual e/ou municipal, se ao caso;

c- Regularidade com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede do proponente;

d- Comprovação de regularidade perante o FGTS;

e- Comprovação de regularidade perante a Justiça do Trabalho;

f-declaração de atendimento ao inciso XXXIII do art. 7° da Constituição Federal

§ 1° Caso a proponente provisoriamente vencedora apresente irregularidade em relação aos itens deste artigo, poderá ser concedido prazo não superior à 05(cinco) dias para saneamento.

IV- Qualificação Econômico-Financeira:

a- Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais;

b - certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

c- declaração, assinada por profissional habilitado da área contábil, que ateste o atendimento pelo licitante dos índices econômicos previstos no edital;

d- Comprovação de boa saúde financeira através da verificação de índices de liquidez usualmente aceitos;

Artigo 9°. As compras poderão ser realizadas pelos responsáveis de cada área de atuação ou por pessoa designada especificamente para tal finalidade, a ser indicada pela Diretoria Executiva.

Seção III

DA COMPRA DIRETA EM CARÁTER EXCEPCIONAL

Artigo 10. O procedimento de compras previsto nos artigos 5° a 8° será dispensado nos casos de inexistência, na região geográfica de mais de um fornecedor, devidamente comprovada a situação no processo de contratação;

Art. 11. É dispensável o procedimento previsto nos artigos 5° a 8°, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R$ 100.000,00 (cem mil reais), no caso de obras e serviços de engenharia ou de serviços de manutenção de veículos automotores; e para contratação que envolva

valores inferiores a R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), no caso de outros serviços e compras;

§ 1º. para a escolha da contratação por dispensa, nos moldes previstos no caput, deverá ser considerada a aquisição/ contratação para o período de 12(doze) meses;

§ 2º. Os valores previstos no caput poderão ser atualizados anualmente após a divulgação pelo Governo Federal da correspondente atualização referente aos incisos I e II do art. 75 da Lei nº 14.133/2021.

Art. 12. Poderá ser dispensado o processo de contratação nas hipóteses de aquisição/contratação em caráter de urgência.

§ 1º. A urgência se caracteriza pela ausência em estoque de materiais, medicamentos, equipamentos e demais insumos cuja quantidade não atenda ao estoque de segurança estabelecido para a unidade. Nos casos de obras e reformas, a situação que caracteriza risco a terceiros;

§ 2º. A compra direta em caráter excepcional não exime da obrigatoriedade de publicação, no site oficial da BHCL, do extrato de compras.

Seção IV

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Artigo 13. Considera-se serviço toda atividade ou conjunto de atividades destinadas a obter determinada utilidade, intelectual ou material de interesse da entidade realizada por terceiros.

§ 1°. Aplica-se à prestação de serviços, no que couber, o disposto na Seção II deste Regulamento.;

§ 2°. Poderão ser contratados serviços de terceiros na forma contido art. 442-B da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 14. No que atine à contratação de reformas e obras de engenharia civil, o início do procedimento para obtenção de orçamentos será precedido da realização de projeto básico, de planilha estimativa contendo quantitativos e preços unitários, de cronograma físico e cronograma financeiro.

§ 1°. O projeto básico e a planilha estimativa de preços, assinada por profissional técnico da área de engenharia, deverá indicar o órgão ou revista especializada em que está baseado o orçamento, a data-base dos preços apurados e o BDI (Benefícios e Despesas Indiretas) utilizado.

Artigo 15. Para a contratação de serviços de engenharia civil a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE adotará os critérios de compras conforme disposto no art. 6°, devendo a empresa que pretende contratar com a BHCL apresentar proposta financeira consistente em planilha orçamentaria e cronograma físico e financeiro nos termos do projeto básico apresentado pela BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE e assinado por profissional com inscrição no CREA/CAU.

Parágrafo Único. No momento de apresentação de sua proposta financeira, a empresa deverá apresentar declaração de que possui responsável técnico pelo projeto e que, assim que expedida a ordem de início de serviços emitirá a Anotação

de Responsabilidade Técnica (ART) e enviará uma via ao setor responsável da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE.

Seção V

DAS ALIENAÇÕES

Art.16. A alienação de bens da BHCL, será precedida de avaliação e aprovação pelo Conselho de Administração, nos termos do art. 25, VIII do Estatuto Social.

§ 1°. havendo vantajosidade para a BHCL, a alienação poderá ser realizada através de leilão.

Seção VI

DA LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

Art.17. A locação de imóveis deverá ser precedida de avaliação prévia do bem, do seu estado de conservação, dos custos de adaptações e do prazo de amortização dos investimentos necessários e aprovação, se o caso, pelo Conselho de Administração.

Capítulo II

DOS CONTRATOS

Seção I

DA FORMALIZAÇÃO E DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS

Artigo 18. Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para

sua execução, expressas em cláusula que definam os direitos, obrigações, sanções e responsabilidades das partes, com aplicação das normas de direito civil e teoria geral dos contratos;

Parágrafo Único. Os contratos firmados com base neste Regulamento poderão ser alterados por acréscimo ou supressões de seu objeto, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratual atualizado, e no caso particular de serviços de engenharia, até o limite de 50% (cinquenta por cento).

Artigo 19. A inexecução total ou parcial do contrato acarreta a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

Artigo 20. É dispensável o termo de contrato e facultada a sua substituição, a critério da BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, nos casos de compra com entrega imediata e integral de bens ou de execução de serviços.

Artigo 21. O contratado é responsável por danos causados diretamente à BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE ou ao Parceiro Público e terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato.

Artigo 22. Para os fins deste Regulamento, considera-se como adimplemento da obrigação contratual a entrega do bem, a prestação do serviço, a realização da obra, assim como qualquer outro evento contratual cuja qualidade e validade sejam atestadas pelo BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE.

Artigo 23. A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE poderá rejeitar, no todo ou em parte, o fornecimento, serviço ou obra que, a seu juízo, estejam em desacordo com o contrato.

§ 1° A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE poderá aplicar sanções ao CONTRATADO pela inexecução total ou parcial do objeto do contrato. As penalidades deverão estar previstas no instrumento contratual. Inexistindo instrumento contratual, as penalidades serão aplicadas após a competente apuração e oferta de ampla defesa e contraditório.

§ 2° Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas neste regulamento as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa;

§ 3° Na aplicação das sanções serão considerados:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;

II - as peculiaridades do caso concreto;

III - as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV - os danos que dela provierem para a BHCL;

§ 3° A sanção prevista no inciso I do § 2°deste artigo será aplicada, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

§ 4° A sanção prevista no inciso II do § 2 deste artigo, não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento)

nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no § 1° deste artigo.

§ 5° Constará do edital, se o caso, a forma de apuração e critérios para aplicação das sanções.

Seção II

DAS GARANTIAS

Artigo 24. À BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE é facultado exigir, em cada caso, prestação de garantia nas contratações de compras, serviços e obras;

§ 1° - A garantia a que se refere o caput deste artigo será prestada mediante:

I – caução em dinheiro;

II – fiança bancária;

III-seguro garantia.

§ 2° - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato ou da sua rescisão;

Seção III

DA AVALIAÇÃO DO FORNECEDOR

Art. 25. A avaliação de fornecedores tem como objetivo manter a sistemática de avaliação de fornecedores de Materiais, Insumos, equipamentos e prestação de serviços,

visando determinar o nível de conformidade com as condições contratuais estabelecidas.

§ 1° O procedimento se aplica à avaliação de fornecedores de itens essenciais, que são os materiais, insumos e equipamentos e prestação de serviços cuja aplicação pode impactar a qualidade do produto e dos serviços prestados aos usuários.

§ 2° A avaliação é a sistemática utilizada pela BHCL para avaliar o desempenho de fornecedores, definida com base em indicadores relacionados à qualidade dos produtos adquiridos ou prestados bem como a qualidade de entrega.

§ 3° Os índices que medem o Desempenho dos Fornecedores quanto ao atendimento aos requisitos de qualidade são constituídos dos fatores associados à aprovação dos itens em inspeção de fábrica e ou recebimento; índice de aprovação no recebimento que consiste na taxa de aprovação de itens efetivamente recebidos nas suas dependências, índice de pontualidade de entrega que consiste na taxa na qual os itens adquiridos pela BHCL são entregues no prazo específico e índices de atendimento as quantidades que consiste na taxa de entrega dos itens adquiridos nas quantidades especificas.

§ 4° Os critérios para análise do desempenho do fornecedor estão contidos no anexo I deste Regulamento.

§ 5°. Obtida a pontuação que enseja a notificação, se não sanada a irregularidade, poderá ser rescindido o contrato;

Seção IV

DA RESCISÃO

Art. 26. Hipóteses de rescisão contratual:

I- Rescisão unilateral pela BHCL, com comunicação previa definida no instrumento contratual;

II- Rescisão a qualquer tempo, sem necessidade de comunicação prévia em casos de rescisão unilateral do contrato entabulado pela BHCL com o órgão da administração pública;

III- De forma consensual;

Art. 27. Constituem motivos para a rescisão unilateral, em razão de infrações do Contratado:

I- Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;

II- Cessão, transferência, fusão, cisão ou incorporação da CONTRATADA sem anuência do CONTRATANTE;

III- Desatendimento às determinações da autoridade designada para fiscalização;

IV- Dissolução ou falência da CONTRATADA ou falecimento de seus representantes;

V- Alteração social ou estrutural da CONTRATADA que prejudique a execução do contrato;

VI- Inexecução total ou parcial do contrato;

VII- Atraso injustificado no início ou na prestação dos serviços ou fornecimento de mercadorias/produtos/equipamentos;

VIII- Falhas reiteradas na execução dos serviços;

IX- Não comprovação das regularidades fiscais e trabalhistas.

Capítulo III

Seção I

DOS SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Artigo 28. Para fins do disposto neste Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II- Pareceres, perícias e avaliações em geral;

III- Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, contábeis e auditorias financeiras;

IV- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras e serviços;

V- Patrocínio em juízo ou na seara administrativa;

VI- Treinamentos e aperfeiçoamento de pessoal;

VII- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

VIII- Prestação de serviços de instalação e acompanhamento de programas de informática gerenciais;

§ 1°. para a contratação dos profissionais cuja área de atuação guarde compatibilidade com as áreas acima descritas, deverá a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE selecionar criteriosamente prestadores de serviços com comprovada experiência nos ramos de atuação desejado;

§ 2°. para a contratação dos serviços contido neste capítulo é dispensável procedimento previsto nos art. 5° ao 8°, exceto a divulgação do extrato de contratação no portal eletrônico da BHCL;

§ 3°. A contratação de serviços de assessorias jurídica e de contabilidade serão realizados nos termos da Lei Federal n° 14.039, de 17 de agosto de 2020.

Capítulo IV

Seção I

DO PAGAMENTO

Art. 29. Não será permitido pagamento antecipado, parcial ou total, relativo a parcelas contratuais vinculadas ao fornecimento de bens, à execução de obras ou à prestação de serviços.

§ 1° A antecipação de pagamento somente será permitida se propiciar sensível economia de recursos ou se representar condição indispensável para a obtenção do bem ou para a prestação do serviço, hipótese que deverá ser previamente justificada no processo de contratação e expressamente prevista no edital de seleção ou instrumento formal de contratação direta.

§ 2° A BHCL poderá exigir a prestação de garantia adicional como condição para o pagamento antecipado.

§ 3° Caso o objeto não seja executado no prazo contratual, o valor antecipado deverá ser devolvido.

Art. 30. Nas contratações de serviços com regime de dedicação exclusiva de mão de obra, o contratado deverá apresentar, quando solicitado pela BHCL, sob pena de multa, comprovação do cumprimento das obrigações trabalhistas e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) em relação aos empregados diretamente envolvidos na execução do contrato, em especial quanto ao:

I - registro de ponto;

II - recibo de pagamento de salários, adicionais, horas extras, repouso semanal remunerado e décimo terceiro salário;

III - comprovante de depósito do FGTS;

IV - recibo de concessão e pagamento de férias e do respectivo adicional;

V - recibo de quitação de obrigações trabalhistas e previdenciárias dos empregados dispensados até a data da extinção do contrato;

VI - recibo de pagamento de vale-transporte e vale-alimentação, na forma prevista em norma coletiva.

Art. 31. Nos demais casos de contratação o pagamento será efetuado após a aprovação da medição, entrega ou relatório de atividades efetuado pelo preposto designado pela BHCL,

emissão de documento fiscal pertinente e comprovação de regularidade fiscal e trabalhista.

Art. 32. As formas e prazos de pagamento constarão do edital.

Capítulo V

Seção I

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 33. É vedada a compra de produtos ou contratação de serviços de empresas em cujo quadro societário esteja presente parentes consanguíneos ou por afinidade até o terceiro grau de dirigentes ou agentes políticos de órgão da administração com a qual a BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE mantenha contrato.

Artigo 34. A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE poderá adotar normas de licitação previstas em lei específica em caso de convênios, termos de cooperação ou contratos de gestão, celebrados com entidades públicas, quando esta o exigir de forma expressa.

Artigo 35. As aquisições e contratações referentes a convênios, termos de cooperação ou contratos de gestão, celebrados pela BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE com entidades públicas reger-se-ão pelo disposto neste Regulamento, no que couber.

Artigo 36. Os casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios

gerais de direito e, se o caso, nos princípios que regem a administração pública.

Artigo 37. - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Cesário Lange, 24 de junho de 2024.

Roberto Gonella Júnior

Provedor

ANEXO I

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNCEDOR/PRESTADOR

CRITÉRIOS E PONTUAÇÃO			Nota 1	Nota 2	Nota 3	Nota 4
			RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
EXECUÇÃO DO TRABALHO	1. Resolução de problemas;					
	2. Respeito às regras de segurança do trabalho;					
	3. Respeito às regras de controle de infecção;					
	4. Tempo para atendimento de solicitações;					
	5. Respeito aos cronogramas e ou planos de serviço;					
	6. Qualidade do serviço executado;					
COMPROMETIMENTO	7. Atrasos e ou faltas;					
	8. Ética e postura profissional;					
ATENDIMENTO AO CLIENTE	9. Apresentação pessoal (uso de uniforme, limpeza das roupas, higiene pessoal e etc);					
	10. Cortesia e disposição no relacionamento com os clientes (internos e/ou externos).					
DESEMPENHO ESPERADO	APERFEIÇOAR	NOTIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO: _____ (P)			
100% a 80%	79% a 65%	64% ou menos	(P X 100%)/40= _____%			

1. OBJETIVO

1.1 O Manual de Compras da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) foi desenvolvido em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações.

1.2 Este regulamento estabelece os princípios e normas que orientam todos os processos de aquisição, garantindo que sejam realizados de maneira transparente, eficiente e em conformidade com as legislações vigentes. Ao aderir a estas diretrizes, a BHCL assegura a integridade e a legalidade de suas operações, promovendo um ambiente de confiança e responsabilidade.

1.3 As diretrizes do Manual de Compras da BHCL também reforçam os compromissos dispostos no Regimento Interno e do Estatuto do Instituto, sendo que objetivo deste Manual é buscar fornecedores que compartilhem dos mesmos valores e que operem de acordo com normas trabalhistas, ambientais e sociais.

1.4 Dessa forma, o Manual não apenas orienta as atividades de compras, mas também contribui para a missão maior da BHCL de promover a saúde e o bem-estar da comunidade de maneira ética e responsiva.

1.5 Este Manual aplica-se à BHCL como um todo: sua sede, suas unidades administradas, todos os colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços, agentes intermediários e outros parceiros.

2. ÉTICA E NEGÓCIOS

2.1 A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) valoriza a ética e a integridade em todas as suas operações e espera que seus fornecedores compartilhem desses valores.

2.2. Os fornecedores devem ser responsáveis em conduzir seus negócios de maneira ética e com integridade. Para alcançar esses objetivos, os fornecedores devem respeitar aos seguintes princípios:

2.2.1 Dizer Não à Corrupção: Corrupção, suborno, fraudes e desfalques são estritamente proibidos. Os fornecedores não devem pagar ou aceitar subornos, nem participar de outros incentivos ilegais em suas operações comerciais.

2.2.2 Cumprimento das Leis: Os fornecedores devem cumprir todas as leis aplicáveis no desempenho de contratos com a BHCL. Isso inclui legislações locais e nacionais.

2.2.3 Transparência e Responsabilidade: Os fornecedores devem comprometer-se com a transparência e a responsabilidade em todas as suas operações e negociações. Isso inclui a comunicação precisa e fidedigna com a BHCL e a prestação de contas sobre suas práticas comerciais.

3. RESPONSABILIDADE CORPORATIVA

3.1 Os fornecedores da BHCL devem demonstrar responsabilidade corporativa nas comunidades em que atuam, apoiando práticas que promovam o bem-estar social e econômico. Para alcançar isso, os fornecedores devem:

3.1.1 Apoiar a Declaração Universal dos Direitos Humanos: Os fornecedores devem respeitar e apoiar os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, assegurando que suas operações não violam os direitos humanos.

3.1.2 Respeitar a Dignidade Humana: Os fornecedores devem respeitar a dignidade humana e os direitos dos indivíduos e das comunidades associadas com suas operações. Isso inclui práticas justas de trabalho, respeito às culturas locais e contribuição positiva para o desenvolvimento das comunidades onde operam.

3.1.3 Garantir Condições de Trabalho Justas: De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), os fornecedores devem

assegurar condições de trabalho justas e seguras, proporcionando um ambiente de trabalho livre de discriminação, assédio e exploração.

3.1.4 Proteger Dados e Privacidade: Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), os fornecedores devem proteger a privacidade e os dados pessoais de seus funcionários e parceiros, implementando medidas de segurança adequadas.

3.1.5 Fomentar a Inclusão e Diversidade: Os fornecedores devem promover a inclusão e a diversidade em suas práticas de contratação e gestão de pessoal, respeitando os princípios de igualdade de oportunidades estabelecidos na legislação brasileira.

3.1.6 Transparência nas Operações: Em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (Lei n.º 12.527/2011), os fornecedores devem garantir a transparência em suas operações, fornecendo informações precisas e acessíveis sobre suas atividades e práticas comerciais.

4. CENTRAL DE COMPRAS

4.1 A Central de Compras da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) é responsável pela gestão centralizada das aquisições de bens, serviços e obras necessárias para o funcionamento da instituição.

4.2 A Central de Compras é composta por uma equipe de profissionais qualificados que asseguram a execução adequada de suas atividades. As principais responsabilidades incluem:

4.2.1 Planejamento de Compras: Elaborar e manter um plano de compras, alinhado às necessidades da BHCL e ao orçamento disponível.

4.2.2 Seleção de Fornecedores: Identificar, avaliar e selecionar fornecedores que atendam aos critérios de qualidade, preço, prazo de entrega e conformidade.

4.2.3 **Gestão de Contratos**: Administrar os contratos de fornecimento, assegurando que os termos acordados sejam cumpridos e renegociando condições quando necessário.

4.2.4 **Controle de Estoque**: Monitorar os níveis de estoque de bens e materiais, garantindo a eficiência e a conformidade com as políticas institucionais.

4.2.5 **Avaliação de Desempenho**: Realizar avaliações periódicas dos fornecedores, com base em indicadores de desempenho, para assegurar a manutenção da qualidade e a satisfação das necessidades da BHCL.

5. QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

5.1 O procedimento de compras da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) é estruturado em várias etapas detalhadas para assegurar a transparência, a estabelecidas pelo Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações eficiência e a conformidade com as normas estabelecidas com as diretrizes.

5.1.1 Solicitação de Compras: A primeira etapa envolve a identificação da necessidade de aquisição de bens ou serviços. A solicitação de compras é formalizada por escrito especificando os itens ou serviços necessários, suas quantidades e outras características relevantes.

5.1.2 Realização de Cotações para Aferição de Preço Médio: Após a solicitação de compras, são realizadas cotações de preços junto a diversos fornecedores. O objetivo é obter uma média de preços praticados no mercado, garantindo a economicidade e a viabilidade da aquisição.

5.1.3 Plataforma Bionexo: oferece ferramentas avançadas para a análise comparativa de propostas, permitindo que a BHCL avalie de forma precisa e eficiente as ofertas recebidas. Através de critérios de

avaliação claros e objetivos, a plataforma facilita a identificação da melhor proposta, considerando fatores como preço, qualidade, prazo de entrega e conformidade com as especificações. Isso garante que as decisões de compra sejam fundamentadas em dados concretos e alinhadas com os objetivos de eficiência e transparência da BHCL.

5.1.4 Qualificação de Fornecedores: Nesta etapa, os fornecedores são avaliados quanto à sua capacidade técnica, financeira e operacional para atender às necessidades da BHCL. A qualificação envolve a análise de documentos, certificações e histórico de desempenho dos fornecedores.

5.1.5 Coleta de Preços: Uma vez qualificados, os fornecedores apresentam suas propostas de preços para os bens ou serviços solicitados. A coleta de preços deve ser realizada de maneira estruturada, garantindo a comparabilidade das propostas.

5.1.6 Apuração da Melhor Oferta: As propostas são avaliadas com base em critérios previamente estabelecidos, como preço, qualidade e prazo de entrega. A melhor oferta é apurada considerando-se a combinação desses critérios para selecionar a proposta mais vantajosa para a BHCL.

5.1.7 Verificação de documentação da proposta: A proposta vencedora passa por uma verificação detalhada para assegurar que todos os documentos exigidos estão em ordem e que as condições atendidas.

5.1.8 Divulgação da Proposta Vencedora: A proposta vencedora é divulgada na plataforma Bionexo, proporcionando transparência ao processo de compras. Todos os fornecedores participantes são informados sobre o resultado da seleção.

5.1.9 Homologação e Adjudicação: Concluído a qualificação do fornecedor, o processo é homologado pela autoridade competente da BHCL. A adjudicação formaliza a atribuição do objeto da compra ao fornecedor vencedor.

5.1.10 Convocação para Assinatura do Contrato: Se necessário, o fornecedor vencedor é convocado para a assinatura do contrato

presencialmente. Esta etapa formaliza a relação contratual entre a BHCL e o fornecedor, especificando todas as obrigações e responsabilidades de ambas as partes. O procedimento de assinatura também pode ser realizado digitalmente, garantindo agilidade e segurança no processo.

5.1.11 Emissão de Ordem de Fornecimento: Finalmente, é emitida a ordem de fornecimento, autorizando o fornecedor a iniciar a entrega dos bens ou a prestação dos serviços conforme os termos do contrato.

6. METODOLOGIA APLICADA PARA AVALIAÇÃO E AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

6.1 O método utilizado pela BHCL tem como objetivo garantir a qualidade e a eficiência na avaliação e compra de materiais e medicamentos, assegurando que todas as etapas do processo sejam conduzidas com rigor e transparência.

6.2 Identificação da Necessidade: É uma etapa fundamental no processo de avaliação de compras, especialmente em uma instituição de saúde como a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL). Esta fase inicial garante que as aquisições sejam realizadas de maneira eficiente e alinhada com as reais demandas dos departamentos clínicos e administrativos.

6.1.1 Levantamento de Demandas: Realização de consultas com os departamentos clínicos e administrativos para identificar necessidades específicas.

6.1.2 Análise de Consumo Histórico: Utilização de dados históricos de consumo para prever futuras necessidades e evitar excessos ou escassez.

6.3 Planejamento de Compras: A identificação das necessidades permite um planejamento estratégico mais robusto. Com informações detalhadas sobre as demandas de diferentes departamentos, a Central de Compras pode criar um plano

de compras que antecipe as necessidades, evitando situações de emergência que poderiam comprometer a qualidade do atendimento. Este planejamento proativo também facilita a negociação com fornecedores, permitindo a obtenção de melhores condições de preço e prazo.

6.3.1 Planejamento Estratégico: Definição de um plano de compras baseado nas necessidades identificadas, considerando prioridades e orçamentos.

6.3.2 Calendário de Compras: Criação de um cronograma para a aquisição de materiais e medicamentos, garantindo a disponibilidade contínua.

6.4 Pesquisa de Mercado: Esta fase envolve a coleta e análise de informações sobre fornecedores, produtos, preços e condições de mercado, proporcionando uma base sólida para decisões de compra informadas e estratégicas. Realizar uma pesquisa de mercado abrangente oferece diversos benefícios que impactam diretamente a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

6.4.1 Identificação de Fornecedores: Pesquisa e identificação de fornecedores potenciais no mercado.

6.4.2 Solicitação de Informações (RFI): Envio de RFIs para coletar informações preliminares sobre produtos, serviços e capacidades dos fornecedores.

6.5 A pesquisa de mercado permite identificar e avaliar potenciais fornecedores que podem atender às necessidades específicas da BHCL. Através de um levantamento detalhado, é possível verificar a reputação, capacidade de fornecimento, e histórico de desempenho dos fornecedores, garantindo que a instituição selecione parceiros confiáveis e competentes.

6.6 Ao investigar as opções disponíveis no mercado, a BHCL pode assegurar que os produtos e serviços adquiridos atendam aos padrões de qualidade exigidos. A pesquisa permite avaliar as especificações técnicas, certificações e conformidade

regulatória dos produtos, garantindo que a instituição adquira itens que cumpram com os requisitos de segurança e eficácia.

6.7 Avaliação dos fornecedores: A avaliação dos fornecedores é um processo essencial no gerenciamento de compras da BHCL, destinado a garantir que apenas fornecedores qualificados e confiáveis sejam selecionados para fornecer materiais e medicamentos.

6.7.1 Proporcionar economia de escala de forma transparente: A BHCL se compromete, sempre que possível, a realizar negociações coletivas que gerem economia de escala, assegurando que os benefícios financeiros sejam repassados de forma transparente aos seus Clientes.

6.7.2 Avaliação técnica: Análise técnica dos produtos oferecidos, incluindo conformidade com especificações e normas regulatórias.

6.7.3 Critérios de Seleção: Definição de critérios claros e objetivos para a seleção de fornecedores, como qualidade, preço, prazo de entrega, certificações e histórico de desempenho.

6.8 Visitas Técnicas: Com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e serviços oferecidos, a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange (BHCL) pode solicitar, sempre que julgar necessário, a realização de visitas técnicas. Essas visitas serão conduzidas por uma equipe qualificada da própria entidade, com o intuito de avaliar as instalações, processos e conformidade dos fornecedores. Especificamente, as visitas buscam:

6.8.1 Condições e Infraestrutura: Verificar as condições das instalações e a infraestrutura do fornecedor.

6.8.2 Produção e Qualidade: Avaliar os processos de produção e controle de qualidade.

6.8.3 Aplicação das Normas: Garantir a conformidade com as normas regulamentares aplicáveis.

6.8.4 Verificação de Ajuste: Identificar possíveis melhorias e ajustes necessários.

6.8.5 Relacionamento: Fortalecer a relação de transparência e parceria com os fornecedores.

6.9 Antes da visita, a equipe deverá revisar todas as informações relevantes sobre o fornecedor e os produtos ou serviços fornecidos, incluindo contratos, especificações técnicas, relatórios de desempenho e quaisquer outras documentações pertinentes, garantindo uma avaliação mais precisa e informada.

6.10 As visitas técnicas são uma ferramenta para garantir a qualidade e a conformidade dos produtos e serviços fornecidos à BHCL. Através de uma avaliação criteriosa e sistemática, a BHCL reforça seu compromisso com a excelência e a segurança em suas operações, promovendo um relacionamento transparente e colaborativo com seus fornecedores.

6.11 Solicitação de Cotações (RFQ): A solicitação de cotações, conhecida como RFQ (*Request for Quotation*), é um componente importante no processo de aquisição da BHCL. O objetivo é obter propostas competitivas de fornecedores qualificados, garantindo a melhor relação custo-benefício para a instituição.

6.11.1 Documentação Detalhada: Criação de RFQs detalhadas, especificando claramente os requisitos, quantidades e condições de compra.

6.11.2 Envio para Fornecedores Selecionados: Envio das RFQs para os fornecedores pré-selecionados com base na avaliação inicial.

6.12 A criação de RFQs garantem que os fornecedores compreendam plenamente os requisitos estabelecidos pela BHCL. Cada RFQ deve incluir especificações claras e precisas dos produtos ou serviços necessários, quantidades exatas e todas as condições de compra relevantes. Esta documentação deve ser abrangente e específica, para evitar ambiguidades e assegurar que as propostas recebidas sejam comparáveis e adequadas às necessidades da instituição.

6.13 Recebimento e Análise de Propostas: A etapa de recebimento e análise de propostas é fundamental no processo de aquisição da BHCL, pois garante a seleção do fornecedor que melhor atende às necessidades e aos critérios estabelecidos pela instituição.

6.13.1 Recepção das Propostas: Recebimento das propostas dos fornecedores dentro do prazo estipulado.

6.13.2 Comparação de Propostas: Utilização de ferramentas de análise para comparar as propostas com base nos critérios estabelecidos (preço, prazo de entrega, qualidade, etc.).

6.14 Negociação e Seleção Final: Negociar de maneira eficaz e selecionar os fornecedores certos são ações essenciais para maximizar o valor das aquisições, assegurar o cumprimento dos requisitos técnicos e normativos.

6.14.1 Discussão de Termos: Durante a negociação, são discutidos e acordados os termos e condições comerciais que regerão o contrato entre a BHCL e o fornecedor selecionado. Isso inclui a definição de preço, prazo de entrega, condições de pagamento, garantias oferecidas pelo fornecedor, e quaisquer cláusulas adicionais pertinentes. É um momento para alinhar expectativas e garantir que ambos os lados compreendam completamente suas responsabilidades e obrigações contratuais.

6.14.2 Melhorias e Ajustes: Após as negociações, segue-se a seleção final do fornecedor que melhor atende aos critérios estabelecidos durante a avaliação das propostas. A decisão final é baseada na análise objetiva das propostas recebidas, levando em consideração não apenas o aspecto econômico, mas também a qualidade dos produtos ou serviços oferecidos, a capacidade de cumprimento dos prazos estabelecidos, e a conformidade com as especificações técnicas e normativas exigidas pela BHCL**.**

6.15 Seleção de Fornecedor: Após as negociações, segue-se a seleção final do fornecedor que melhor atende aos critérios estabelecidos durante a avaliação das propostas. A decisão final é baseada na análise objetiva das propostas recebidas, levando em consideração não apenas o aspecto econômico, mas também a qualidade dos produtos ou serviços oferecidos, a capacidade de cumprimento dos prazos estabelecidos, e a conformidade com as especificações técnicas e normativas exigidas pela BHCL.

6.15.1 Decisão Final: A seleção do fornecedor é uma das etapas mais críticas no processo de compras da BHCL. Após a análise detalhada das propostas recebidas, a decisão final é tomada com base em critérios rigorosos e objetivos de avaliação. Esses critérios incluem, mas não se limitam a qualidade dos produtos ou serviços, conformidade com as especificações técnicas, preço, prazo de entrega, capacidade de fornecimento e histórico de desempenho do fornecedor. A avaliação criteriosa garante que a BHCL escolha o fornecedor que oferece a melhor combinação de valor e qualidade, atendendo às necessidades específicas da instituição de maneira eficiente e eficaz.

6.15.2 Formalização da Compra: Uma vez selecionado o fornecedor, procede-se à formalização da compra. Esta etapa envolve a elaboração de contratos ou pedidos de compra que especificam todos os termos acordados durante a fase de negociação. A formalização é importante para garantir que todos os aspectos do acordo sejam claramente definidos e legalmente vinculantes, protegendo tanto a BHCL quanto o fornecedor. Os contratos incluem detalhes como descrições precisas dos produtos ou serviços, preços, condições de pagamento, prazos de entrega, garantias e quaisquer outras cláusulas pertinentes. Este processo de formalização pode ser realizado de maneira presencial ou digital, facilitando a agilidade e a eficiência nas operações de compra. A formalização adequada dos termos assegura que todas as partes envolvidas tenham clareza sobre suas obrigações e responsabilidades, promovendo uma execução harmoniosa e bem-sucedida do contrato.

6.16 Recebimento e Controle de Qualidade: A etapa de recebimento e controle de qualidade é fundamental para assegurar que os materiais e medicamentos adquiridos atendam aos padrões exigidos pela BHCL. Esta fase envolve processos rigorosos de verificação e inspeção para garantir que os produtos entregues estão em conformidade com as especificações estabelecidas no pedido de compra.

6.16.1 Verificação de Quantidade e Qualidade: Ao receber os produtos, é realizada uma inspeção minuciosa para garantir que a

quantidade e a qualidade dos materiais e medicamentos estejam de acordo com as especificações do pedido. Este processo inclui a verificação física dos itens, comparando-os com as descrições e quantidades detalhadas na ordem de compra. Produtos que não atendem aos requisitos ou apresentam discrepâncias são imediatamente identificados para ações corretivas.

6.16.2 Registro de Entrada: Após a verificação, os produtos recebidos são registrados no sistema de gestão de estoque da BHCL. Esse registro é essencial para manter o controle adequado dos estoques, garantindo que todas as entradas de produtos sejam documentadas de forma precisa. O registro de entrada mostra detalhes como data de recebimento, quantidades, lotes e validade dos produtos, assegurando a rastreabilidade e a gestão eficiente do inventário.

6.17 Controle de Qualidade: O controle de qualidade é uma etapa essencial no processo de aquisição de materiais e medicamentos, assegurando que todos os produtos recebidos atendam aos rigorosos padrões estabelecidos pela BHCL. Este processo envolve a realização de testes de qualidade e a gestão eficaz de produtos não conformes, garantindo que somente itens seguros e eficazes sejam utilizados nos serviços de saúde.

6.17.1 Testes de Qualidade: Para garantir a conformidade dos produtos recebidos, a BHCL realiza testes e análises de qualidade sempre que aplicável. Estes testes são conduzidos de acordo com as especificações técnicas e normativas relevantes.

6.17.2 Gestão de Não Conformidades: Identificação e gestão de produtos não conformes, incluindo devoluções e substituições, se necessário.

6.18 Monitoramento de Desempenho: O monitoramento de desempenho é uma prática contínua e essencial para garantir que os fornecedores mantenham altos padrões de qualidade, pontualidade e conformidade em suas entregas. Este

processo envolve a utilização de indicadores de desempenho específicos e a coleta regular de feedback dos usuários finais, permitindo uma avaliação abrangente e dinâmica dos fornecedores.

6.18.1 Indicadores de Desempenho: Monitoramento contínuo de indicadores de desempenho dos fornecedores, como pontualidade, qualidade e conformidade.

6.18.2 Feedback Regular: A coleta de feedback regular dos usuários finais é uma parte fundamental do monitoramento de desempenho dos fornecedores. Este feedback fornece insights valiosos sobre a experiência dos usuários com os produtos e serviços fornecidos, permitindo uma avaliação mais holística e precisa.

6.19 Avaliação Periódica: A avaliação periódica é um componente crítico do processo de gestão de fornecedores na BHCL. Este processo garante que os contratos e as relações com os fornecedores permaneçam alinhados com as necessidades e objetivos da organização, promovendo uma cadeia de suprimentos eficiente e eficaz. A avaliação periódica envolve a revisão regular de contratos e a reavaliação do desempenho dos fornecedores com base em critérios estabelecidos e feedback contínuo.

6.19.1 Revisão de Contratos: A revisão periódica dos contratos e acordos com fornecedores é essencial para assegurar que os termos e condições estabelecidos continuem a atender às necessidades dinâmicas da BHCL.

6.19.2 Avaliação de Fornecedores: Reavaliação periódica dos fornecedores com base no desempenho e feedback recebido.

6.20 Melhoria Contínua: A melhoria contínua é um princípio fundamental para a BHCL, refletindo o compromisso da organização com a excelência e a eficiência em todas as operações de compra e gestão de fornecedores. Ao focar em uma abordagem sistemática e proativa, busca-se não apenas corrigir problemas

existentes, mas também antecipar e prevenir futuros desafios, promovendo uma cultura de aperfeiçoamento contínuo.

6.20.1 Identificação de Melhorias: Identificação de oportunidades de melhoria no processo de compra e gestão de fornecedores.

6.20.2 Implementação de Ações: Implementação de ações corretivas e preventivas para melhorar continuamente a eficiência e a eficácia do processo de compra.

6.21 A metodologia detalhada para a avaliação e compra de materiais e medicamentos garante que a BHCL atenda às necessidades de seus departamentos de maneira eficiente e transparente. Este processo estruturado assegura a seleção de fornecedores confiáveis, a aquisição de produtos de qualidade e a conformidade com as regulamentações vigentes, promovendo a excelência operacional e a satisfação dos usuários finais.

7. DESQUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

7.1 A desqualificação de um fornecedor pode ocorrer devido a várias razões, incluindo, mas não se limitando a:

7.1.1 Não Conformidade com Especificações: Fornecimento de produtos ou serviços que não atendem às especificações técnicas ou aos requisitos de qualidade estabelecidos.

7.1.2 Atrasos Repetitivos: Incidências repetidas de atrasos na entrega dos produtos ou serviços contratados, afetando a operação e a eficiência da BHCL.

7.1.3 Não Conformidade Legal: Violação de leis, regulamentos ou normas aplicáveis, incluindo práticas trabalhistas inadequadas, corrupção, e outras infrações legais.

7.1.4 Desempenho Insatisfatório: Avaliação de desempenho consistentemente abaixo do esperado, baseada em feedback dos usuários e indicadores de desempenho.

7.1.5 Problemas Éticos: Envolvimento em práticas antiéticas, como suborno, fraudes, ou outros comportamentos que comprometem a integridade da BHCL.

8. PROCEDIMENTO DE DESQUALIFICAÇÃO

8.1 O compromisso da BHCL com a qualidade, integridade e eficiência, assegurando que apenas fornecedores que atendam aos mais altos padrões de desempenho e conformidade continuem a fornecer produtos e serviços à organização.

8.1.1 Identificação do Problema: Monitoramento contínuo e avaliação de desempenho dos fornecedores para identificar problemas potenciais que possam levar à desqualificação.

8.1.2 Notificação: Comunicação formal ao fornecedor sobre as não conformidades identificadas, proporcionando uma oportunidade para que o fornecedor apresente justificativas ou planos de ação corretiva.

8.1.3 Avaliação: Análise das justificativas ou planos de ação apresentados pelo fornecedor, incluindo a verificação da implementação e eficácia das medidas corretivas adotadas.

8.1.4 Decisão: Caso o fornecedor não consiga corrigir as não conformidades ou apresente um desempenho insatisfatório de forma contínua, a decisão de desqualificação será formalizada.

8.1.5 Comunicação: Notificação formal ao fornecedor sobre a decisão de desqualificação, incluindo as razões e o período de desqualificação, se aplicável.

8.1.6 Registro: Documentação completa do processo de desqualificação, mantendo registros detalhados de todas as etapas e decisões tomadas.

9. REQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

9.1 Fornecedores desqualificados podem solicitar requalificação após o término do período de desqualificação, mediante a apresentação de evidências de melhoria e conformidade com os critérios estabelecidos. A requalificação será avaliada caso a caso, seguindo os procedimentos internos da BHCL.

10. SISTEMAS DE AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS – PLATAFORMA BIONEXO

10.1 Para garantir a eficiência, transparência e conformidade legal em todos os processos de aquisição de medicamentos e materiais médicos, a BHCL utiliza a plataforma Bionexo. Este sistema é análogo aos processos tradicionais de licitação, oferecendo uma estrutura robusta e segura para a gestão de compras.

10.2 A plataforma Bionexo facilita a interação entre a BHCL e os fornecedores, permitindo o recebimento de propostas e a realização de negociações de forma digital e organizada. Cada etapa do processo é documentada e aditável, assegurando a integridade e a rastreabilidade das transações. Adicionalmente, a plataforma permite o envio de pedidos de cotação para múltiplos fornecedores simultaneamente, agilizando o processo de aquisição e garantindo uma ampla competitividade entre os fornecedores.

10.3 A missão com a utilização da plataforma Bionexo não se resume apenas a cumprir as exigências legais, mas também a promover uma cultura de transparência e eficiência operacional. Ao centralizar as atividades de compras em uma plataforma digital, garante-se que todas as aquisições sejam realizadas de

maneira competitiva, justa e alinhada com as melhores práticas do mercado, resultando em benefícios significativos para a BHCL e seus usuários finais.

10.4 A plataforma Bionexo oferece ferramentas avançadas para a análise comparativa de propostas, permitindo que a BHCL avalie de forma precisa e eficiente as ofertas recebidas. Através de critérios de avaliação claros e objetivos, a plataforma facilita a identificação da melhor proposta, considerando fatores como preço, qualidade, prazo de entrega e conformidade com as especificações. Isso garante que as decisões de compra sejam fundamentadas em dados concretos e alinhadas com os objetivos de eficiência e transparência da BHCL.

11. PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES

11.1 A padronização de materiais médicos hospitalares é um processo fundamental para garantir a qualidade, segurança e eficiência nos serviços de saúde prestados pela BHCL. Este processo envolve a seleção e uso de materiais médicos que atendam a critérios pré-estabelecidos de qualidade, funcionalidade e compatibilidade com as necessidades clínicas e operacionais da organização.

11.2 Para garantir a segurança, qualidade e eficiência no atendimento aos pacientes, a BHCL estabeleceu uma lista de materiais médicos padronizados para aquisição. Esta padronização visa assegurar que todos os itens utilizados atendam a rigorosos critérios de qualidade, proporcionando consistência nos procedimentos e reduzindo riscos associados ao uso de materiais inadequados. A seguir, apresentamos a lista dos principais materiais padronizados:

11.2.1 Agulhas

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51677	Agulha Aspirativa de Mielograma 15g X 6.8cm - Ref. Dbmni 1501	Unidade
61191	Agulha de Bloqueio Anestésico 20 Ga x 25cm	Unidade
31	Agulha Descartável 13 X 4,5	Unidade

38	Agulha Descartável 20 X 5,5	Unidade
33	Agulha Descartável 25 X 07	Unidade
35	Agulha Descartável 30 X 07	Unidade
36	Agulha Descartável 30 X 08	Unidade
37	Agulha Descartável 40 X 12	Unidade
57043	Agulha Gengival 30g	Unidade
51666	Agulha Huber 22 X 25 Mm C/ Extensor de Conecçaõ Femea, Placa Fixadora E Injetor Lateral	Unidade
51664	Agulha Huber Curva 20 X25 Mm C/ Extensor de Conecção Femea, Placa Fixadora E Injetor Lateral	Unidade
62092	Agulha P/ Biopsia de Tecidos Moles 18gx20cm – Hepática	Unidade
56253	Agulha P/ Biopsia de Tecidos Moles 18gx20cm – Próstata-Rosa	Unidade
57039	Agulha P/ Biópsia de Tecidos Moles 18gx25cm - Próstata – Rosa	Unidade
51680	Agulha Para Biopsia de Mama 14ga X 10cm	Unidade
59145	Agulha Para Biópsia Hepática Desc. Cal.16 G X 200mm	Unidade
10200	Agulha Perican Epidural Descartável 16g	Unidade
51662	Agulha Perican Epidural Descartável 18g	Unidade
3863	Agulha Spinal Raqui Descartável 22ga	Unidade
38951	Agulha Spinal Raqui Descartável 25g	Unidade
52202	Agulha Spinal Raqui Descartável 27ga	Unidade

11.2.2 Ataduras

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51693	Algodão Ortopédico 10cm	Unidade
51694	Algodão Ortopédico 15cm	Unidade
51695	Algodão Ortopédico 20cm	Unidade
238	Atadura Crepom 15cm	Unidade
239	Atadura Crepom 20cm	Unidade

242	Atadura Gessada 10cm X 3m	Unidade
236	Atadura Gessada 15cm	Unidade
243	Atadura Gessada 20cm	Unidade

11.2.3 Bolsas De Colostomia:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
55133	Bolsa de Colostomia C/karaia 64mm	Unidade
51701	Bolsa de Colostomia C/karaia E Encaixe 70mm	Unidade
51701	Bolsa Para Colostomia 30mm	Unidade
59842	Clamp Para Bolsa de Colostomia	Unidade

11.2.4 Cateteres

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51743	Cateter de Fogarty (embolectomia Arterial) N.3	Unidade
51744	Cateter de Fogarty (embolectomia Arterial) N.4	Unidade
51745	Cateter de Fogarty (embolectomia Arterial) N.5	Unidade
57142	Cateter de Nefrostomia Nº 14	Unidade
51832	Cateter Duplo Lumen 4 Fr X13 Cm (Acesso Venoso)	Unidade
51834	Cateter Duplo Lumen 5 Fr X13 Cm (Acesso Venoso)	Unidade
51835	Cateter Duplo Lumen 7 Fr X20 Cm (Acesso Venoso)	Unidade
51765	Cateter Epidural N.16g	Unidade
51767	Cateter Epidural N.18g	Unidade
56202	Cateter I.v. Nº 14g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade
61493	Cateter I.v. Nº 16g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade

56547	Cateter I.v. Nº 18g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade
56203	Cateter I.v. Nº 20g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade
56204	Cateter I.v. Nº 22g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade
56205	Cateter I.v. Nº 24g (tipo Jelco) C/dispositivo	Unidade
55100	Cateter Intracath 16x12g Ag. 30,5 Amarelo	Unidade
51778	Cateter Intracath 19x17 Ag.20,3 Verde	Unidade
51780	Cateter Intracath 19x17 Ag.30,5 Verde	Unidade
51782	Cateter Intracath 22g X 20 Cm (azul)	Unidade
51798	Cateter Nasal Tipo Óculos Adulto	Unidade
55891	Cateter Nasal Tipo Óculos Infantil n°10	Unidade
51795	Cateter Nasal Tipo Óculos Neonatal n°04	Unidade
56347	Cateter Port A Cath Total Implant 4.8 Fr	Unidade
51749	Cateter Port A Cath Total Implant 6.6fr	Unidade
51801	Cateter Uni Lúmen Central de Inserção Periférica (picc) 1.9fr X 50cm	Unidade
55203	Cateter Uni Lúmen Central de Inserção Periférica (picc) 2.8fr X 50cm	Unidade
51804	Cateter Uni Lúmen Central de Inserção Periférica (picc) 4fr X 60cm	Unidade
51805	Cateter Uni Lúmen Central de Inserção Periférica (picc) 5fr X 60cm	Unidade
51826	Cateter Uni Lúmen P/ Dialise Peritoneal 32 Cm Pediátrico (Tenckoff)	Unidade
51825	Cateter Uni Lúmen P/ Dialise Peritonial 31 Cm Neo (Tenckoff)	Unidade
55205	Introdutor P/ Cateter de Picc 2.8fr	Unidade

11.2.5 Coletores:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
518445	Coletor de Urina Sistema Aberto1200 Ml	Unidade

690	Coletor de Urina Sistema Fechado 2000 Ml C/ dispositivo coletor de diurese	Unidade
51846	Coletor de Urina Unissex	Unidade
51844	Coletor de Urina Universal estéril	Unidade

11.2.6 Compressas

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51853	Compressa de Gaze 7,5 x7,5 10 Fios Estéril Ptc. 10 Und	Unidade
51847	Compressa Neurocirúrgica 13cm X 13cm(cottonoid)	Unidade
54822	Compressa Neurocirúrgica 13cm X 25cm(cottonoid)	Unidade
51848	Compressa Neurocirúrgica 13cm X 51cm(cottonoid)	Unidade
54824	Compressa Neurocirúrgica 13cm X 70cm(cottonoid)	Unidade
51849	Compressa Neurocirúrgica 38cm X 38cm(cottonoid)	Unidade

11.2.7 Curativos:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
61605	Creme Barreira Comfeel 60g	Unidade
23628	Curativo Fixador Estéril 50 X 74 Mm (Iv Fix)	Unidade
47891	Curativo Adesivo Estéril	Unidade
8080	Curativo Alginato de Cálcio 10cm X 20cm	Unidade
52207	Curativo Bota de Unna Elástica	Unidade
12925	Curativo Carvão Ativado C/ Prata 10,5cm X 10,5cm	Unidade
61604	Curativo de Espuma de Poliuretano Com Prata 10 X 10cm	Unidade
61606	Curativo de Espuma de Poliuretano Com Prata 15 X 15cm	Unidade
8710	Curativo Hidrocoloide 10cm X 10cm	Unidade
9470	Curativo Hidrocoloide 15cm X 15cm	Unidade
57093	Curativo Hidrogel C/ Alginato 25g	Unidade
54445	Curativo Transparente 5cm X 5,7cm (tegaderm)	Unidade
44231	Dersani Loção Oleosa Frasco C/ 200ml	Frasco

61607	Pó para Estomia 25g	Unidade

11.2.5 Dispositivo Urinário:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
54919	Dispositivo Urinário Pequeno N° 06 (Uropem)	Unidade

11.2.6 Dispositivos Para Infusão:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51959	Scalp 21	Unidade
51960	Scalp 23	Unidade
51961	Scalp 25	Unidade
218	Seringa de Vidro 10ml	Unidade
51991	Seringa Descartável 10ml S/ Agulha C/ Rosca	Unidade
51969	Seringa Descartável 10ml S/ Agulha S/ Rosca	Unidade
51964	Seringa Descartável 1ml C/ Agulha	Unidade
56195	Seringa Descartável 1ml C/ag Dispositivo Segurança	Unidade
51970	Seringa Descartável 20ml S/ Agulha	Unidade
52443	Seringa Descartável 20ml S/ Agulha C/ Rosca	Unidade
40	Seringa Descartável 3ml S/ Agulha	Unidade
51966	Seringa Descartável 3ml S/ Agulha C/ Rosca	Unidade
51967	Seringa Descartável 5ml S/ Agulha	Unidade
51968	Seringa Descartável 5ml S/ Agulha C/ Rosca	Unidade
93	Seringa Descartável 60ml C/ Rosca	Unidade
51986	Seringa Descartável 60ml S/ Agulha Bico Cateter	Unidade
3783	Seringa Descartável 60ml S/ Agulha Bico Liso	Unidade

11.2.7 Dosadores:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51855	Dosador Oralpak 10 Ml	Unidade
56691	Dosador Oralpak 20 Ml	Unidade
55063	Dosador Oralpak 3 Ml	Unidade
51854	Dosador Oralpak 5 Ml	Unidade

11.2.8 Drenos

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51860	Dreno de Kher Nº 10	Unidade
1064	Dreno de Kher Nº 12	Unidade
1065	Dreno de Kher Nº 14	Unidade
1066	Dreno de Kher Nº 16	Unidade
1067	Dreno de Kher Nº 18	Unidade
1069	Dreno de Penrose Nº 1	Unidade
1070	Dreno de Penrose Nº 2	Unidade
1071	Dreno de Penrose Nº 3	Unidade
4259	*Dreno Suctor 3,2mm (Sucção)*	*Unidade*
4392	Dreno Suctor 4,8mm 500ml (Sucção)	Unidade
6420	Dreno Suctor 6,4mm 600 Ml (sucção)	Unidade
51856	Dreno Toráxico Radiopaco 12	Unidade
51857	Dreno Toráxico Radiopaco 14	Unidade
51858	Dreno Toráxico Radiopaco 18	Unidade
1073	Dreno Toráxico Radiopaco 20	Unidade
45531	Dreno Toráxico Radiopaco N° 16	Unidade
1074	Dreno Toráxico Radiopaco N° 22	Unidade
1075	Dreno Toráxico Radiopaco N° 24	Unidade
1076	Dreno Toráxico Radiopaco N° 26	Unidade
1077	Dreno Toráxico Radiopaco N° 28	Unidade
1078	Dreno Toráxico Radiopaco N° 30	Unidade
1079	Dreno Toráxico Radiopaco N° 32	Unidade
1080	Dreno Toráxico Radiopaco N° 34	Unidade
1081	Dreno Toráxico Radiopaco N° 36	Unidade
1082	Dreno Toráxico Radiopaco N° 38	Unidade

11.2.9 Eletrodos:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
976	Eletrodo Descartável Adulto	Unidade
51864	Eletrodo Descartável Medtrace	Unidade
63208	Eletrodos de Agulha Concêntrica Descartável (0,35mm X 40mm)	Unidade

63207	Eletrodos de Agulha Concêntrica Descartável (0,35mm X 20mm)	Unidade

11.2.10 Enxertos

TASY	MATERIAL	UNIDADE
55221	Enxerto de Dracon Bifurcado 16mmx8mm (prótese)	Unidade
54446	Enxerto Vascular Nº04 (4mm X 50cm)	Unidade
55117	Enxerto Vascular Nº05 (5mm X 50cm)	Unidade
55118	Enxerto Vascular Nº06 (6mm X 50cm)	Unidade
55119	Enxerto Vascular Nº07 (7mm X 50cm)	Unidade
55120	Enxerto Vascular Nº08 (8mm X 50cm)	Unidade
55220	Enxerto de Dracon Bifurcado 14mmx7mm (prótese)	Unidade
55216	Prótese de Dracon Tubular Reta Nº 16mm (Enxerto)	Unidade
55217	Prótese de Dracon Tubular Reta Nº 18mm (Enxerto)	Unidade
55218	Prótese de Dracon Tubular Reta Nº 20mm (Enxerto)	Unidade
55219	Prótese de Dracon Tubular Reta Nº 22mm (Enxerto)	Unidade
55215	Prótese de Dracon Tubular Reta Nº 8mm (Enxerto)	Unidade
55353	Shunt de Carótida Com T-port 8f	Peça
55352	Shunt de Carótida Com T-port 9f	Peça

11.2.11 Equipos e Conexões

TASY	MATERIAL	UNIDADE
60139	Adaptador P/ Equipo de Nutrição Enteral	Unidade
51868	Equipo Macro C/ Bureta 150 Ml	Unidade
11325	Equipo Macro C/ Inj Lat C/ Cam Flex	Unidade
54913	Equipo Macro Com Câmera Flexível Com Suspiro E Rosca	Unidade
51865	Equipo Macro Foto C/ Câmara Flexível	Unidade
52341	Equipo Macro Isento de Pvc	Unidade
51866	Equipo Macro P/ B.i. Volumat Line Vl St01 Fresenius	Unidade
51869	Equipo Micro C/ Bureta 150 Ml	Unidade
51867	Equipo Microgotas C/ Injetor Lateral E Câmara Flexível	Unidade
55736	Equipo Múltiplo 2 Vias P/ Artroscopia Com Sensor (Razek)	Unidade
56638	Equipo P/ Pressão Venosa Central (pvc)	Unidade
43151	Equipo Para Perfusão de Órgãos 2 Vias (Perfuzamm)	Unidade

57289	Equipo Universal B. I Fotossensível Volumat Line Fresenius	Unidade
57287	Equipo Universal B.i Enteral Applix Smart Easy Fresenius	Unidade
52853	Extensor Para Equipo 120 Cm	Unidade
57291	Extensor Para Equipo 120 Cm Fresenius	Unidade
51955	Infusor 2 Vias C/ Clamp (polifix)	Unidade
119	Torneirinha 3 Vias C/ Rosca	Unidade
51811	Torneirinha 3 Vias S/ Rosca	Unidade

11.2.12 Esponjas Hemostáticas

TASY	MATERIAL	UNIDADE
52896	Esponja Hemostática 7cm X 5cm X 1cm (gelfoan)	Unidade
55164	Esponja Hemostática Absorvível Gelatinosa 80 X 125 X 10mm (gelfoan)	Unidade
54945	Esponja Hemostática 5,5 X7,5cm (surgicel)	Unidade
55129	Esponja Hemostática 4 In X 8 In 10.2cm X 20.3cm (Surgicel)	Unidade

11.2.13 Fios Cirúrgicos

TASY	MATERIAL	UNIDADE
1241	Cera P/ Osso 2,5g CO1000	Unidade
56468	Ethibond 5-0 4x75cm 48mm 1/2 (Circ. Cilíndrico) Mb46g (poliéster)	Envelope
60629	Ethibond 2-0 75cm 4,0cm 1/2 X520t (poliéster)	Envelope
51974	Fio Ácido Poliglicólico 2-0 70cm 2,5cm X 1/2	
51975	Fio Ácido Poliglicólico 2-0 _2,6.cm X 1/2 241020	Envelope
52281	Fio Ácido Poliglicólico 4-0 70cm 19mm X 3/8	Envelope
51990	Fio Ácido Poliglicólico 6-0 70cm 1,5mm 1/2	Envelope
51992	Fio Ácido Poliglicólico 8-0 2ag 30 6,5mm 3/8 Espatulado	Envelope
51984	Fio Ácido Poliglicólico Trançado 4-0 C/ Ag. 70cm 2,6cm 1/2 Circ. Cilíndrico 241040	Envelope
7831	Fio Aciflex 5-0 4 X 45 Cm C/ag 48 Mm X 1/2	Envelope
52005	Fio Algodão/poliéster 0 45cm 3,5 Cm 1/2 circ cilíndrico AA56510	Envelope
52018	Fio Algodão/poliéster 3-0 S/ag.15 X45	Envelope
1250	Fio Catgut Simples 0 75cm 30mm 3/8	Envelope
1255	Fio Catgut Simples 2-0 75cm 3/8 3,0cm Cs15120	Envelope

52265	Fio Catgut Simples 3-0 70cm 3,0cm 3/8	Envelope
52032	Fio Catgut Simples 3-0 75cm 2,0cm 3/8	Envelope
51971	Fio de Ac Poliglicolico Trancado 0 C/ag 3,0cm 3/8 Circ Cilind 151000	Envelope
55168	Fio de Ac Poliglicolico Trancado 2-0 C/ag 2,0cm 1/2 Circ Cilind 231020	Envelope
55940	Fio de Ácido Poliglicolico Trancado 1-0 C/agulha 4,0 1/2 Circ. Cilíndrica 278001	Envelope
51976	Fio de Ácido Poliglicolico Trancado 2-0 C/ag. 3,0cm 3/8 Circ. Cilíndrica 151020	Envelope
51977	Fio de Ácido Poliglicolico Trancado 3-0 C/ag. 2,0cm 1/2 Circ. Cilíndrica 231030	Envelope
51978	Fio de Ácido Poliglicolico Trancado 3-0 C/ag. 3,0cm 3/8 Circ. Cilindrica 151030	Envelope
4437	Fio de Aço 1 S/agulha 3x60cm Fa901	Envelope
52006	Fio de Algodão 0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Aa15510	Envelope
52004	Fio de Algodão 0 S/agulha 15x45cm Aa510	Envelope
52008	Fio de Algodão 2-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Aa15520	Envelope
52007	Fio de Algodão 2-0 S/agulha 15x45cm Aa520	Envelope
52017	Fio de Algodão 3-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Aa15530	Envelope
1265	Fio de Catgut Cromado 0 C/agulha 2,0cm 1/2 Círculo Cilíndrica Cc23210	Envelope
1270	Fio de Catgut Cromado 1 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Cc15201	Envelope
52255	Fio de Catgut Cromado 4-0 C/agulha 2,0cm 1/2 Círculo Cilíndrico Cc23240	Envelope
1272	Fio de Catgut Simples 2-0 C/agulha 2,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Cs13120	Envelope
55238	Fio de Nylon 0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Triangular Np45310	Envelope
55355	Fio de Nylon 10-0 C/ 2 Agulhas 6,5mm 3/8 Círculo Espatulada Np5510	Envelope
52044	Fio de Nylon 2-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Triangular Np45320	Envelope
52048	Fio de Nylon 3-0 C/agulha 2,0cm 3/8 Círculo Triangular Np43330	Envelope
52047	Fio de Nylon 3-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Triangular 3X45 3Np45330	Envelope
55239	Fio de Nylon 4-0 C/agulha 2,0cm 1/2 Círculo Triangular Np53340	Envelope
52051	Fio de Nylon 4-0 C/agulha 2,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Np43340	Envelope
54786	Fio de Nylon 4-0 C/agulha 2,5cm 3/8 Círculo Triangular Np44340	Envelope
52057	Fio de Nylon 4-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Triangular Np45340	Envelope
55099	Fio de Nylon 5-0 C/agulha 1,95cm 3/8 Círculo Triangular Np83350	Envelope

57128	Fio de Nylon 5-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Triangular Np45350	Envelope
52062	Fio de Nylon 6-0 C/agulha 1,5cm 1/2 Círculo Triangular 40cm Np52360	Envelope
52079	Fio de Poliéster 2-0 C/2 Agulhas 1/2 Círculo Cilíndrica C/ Teflon 2pl8372e	Envelope
52087	Fio de Polipropileno 0 C/agulha 2,5cm 1/2 Círculo Cilíndrica Pp24610	Envelope
1350	Fio de Polipropileno 0 C/agulha 3,5cm 1/2 Círculo Cilíndrica Pp26610	Envelope
55209	Fio de Polipropileno 1 C/agulha 3,5 1/2 Circ. Cil. Pp26601	Envelope
55542	Fio de Polipropileno 2-0 C/agulha 2,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Pp13620	Envelope
52093	Fio de Polipropileno 2-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Pp15620	Envelope
52095	Fio de Polipropileno 3-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Pp15630	Envelope
52101	Fio de Polipropileno 4-0 2,5cm 1/2 Círculo Cilíndrica 2pp24640	Envelope
52102	Fio de Polipropileno 4-0 C/agulha 2,0cm 1/2 Círculo Cilíndrica Pp23640	Envelope
52105	Fio de Polipropileno 5-0 C/2 Agulhas 1,7cm1/2 Círculo Cilíndrica	Envelope
52107	Fio de Polipropileno 6-0 C/2 Agulhas 1,3cm 3/8 Círculo Cilíndrica 2pp82660	Envelope
7843	Fio de Seda 0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Sp15410	Envelope
52128	Fio de Seda 2-0 C/agulha 3,0cm 3/8 Círculo Cilíndrica Sp15420	Envelope
54788	Fio de Seda 2-0 S/agulha 15 X 45cm Sp420	Envelope
52117	Fio de Seda 3-0 S/agulha 15 X 45cm Sp430	Envelope
52123	Fio de Seda 4-0 C/agulha 1,3cm 3/8 Círculo Cilíndrica Sp11440	Envelope
57004	Fio Gliconato 3-0 19mm 3/8 Incolor Absorvível Cortante (Monosyn)	Envelope
57003	Fio Gliconato 4-0 19mm 3/8 Incolor Absorvível Cortante (Monosyn)	Envelope
56051	Fio Polipropileno 4-0 75cm C/2ag 2,5cm 1/2	Envelope
56051	Fio Polipropileno 4-0 75cm C/2ag 2,5cm 1/2	Envelope
52104	Fio Polipropileno 5-0 60cm 17mm 1/2 - 2 Ag	Envelope
52109	Fio Polipropileno 7-0 75cm 2ag 10mm 3/8	Envelope
52120	Fio Seda 3-0 75cm 3,0cm 3/8	Envelope
52124	Fio Seda 5-0 45cm 16mm 1/2	Envelope
54789	Fio Seda 0 S/ag 15 X 45 Sp410	Envelope

11.2.14 Fraldas E Absorventes

TASY	MATERIAL	UNIDADE
55839	Abs Íntimo O.b Md	Pacote
55840	Abs Íntimo O.b Sup	Pacote
2513	Abs Íntimo Pct C/8	Pacote
51648	Absorvente P/ Incont. Urin.	Pacote
62413	Fralda Descartável Adulto G	Unidade
62412	Fralda Descartável Adulto M	Unidade
51880	Fralda Descartável Adulto P	Unidade
62414	Fralda Descartável Adulto XG	Unidade
62417	Fralda Descartável Infantil G	Unidade
62416	Fralda Descartável Infantil M	Unidade
62415	Fralda Descartável Infantil P	Unidade
62418	Fralda Descartável Infantil XG	Unidade

11.2.15 Fracos Para Drenagem:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
52418	Frasco P/ Drenagem Mediastinal 1000ml	Unidade
52419	Frasco P/ Drenagem Mediastinal 2000ml	Unidade
35991	Frasco P/ Drenagem Mediastinal 500ml	Unidade

11.2.16 Intubação:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51731	Cânula de Traqueostomia C/b N.7.5	Unidade
51732	Cânula de Traqueostomia C/b N. 8.0	Unidade
51724	Cânula de Traqueostomia C/b 5.5	Unidade
51729	Cânula de Traqueostomia C/b 6.5	Unidade
51719	Cânula de Traqueostomia C/b N 3.0	Unidade
51727	Cânula de Traqueostomia C/b N 4.0	Unidade
56580	Cânula de Traqueostomia C/b N 4.5	Unidade
51722	Cânula de Traqueostomia C/b N 5.0	Unidade
51728	Cânula de Traqueostomia C/b N 6.0	Unidade
51730	Cânula de Traqueostomia C/b N 7.0	Unidade

51720	Cânula de Traqueostomia C/b N.3.5	Unidade
51734	Cânula de Traqueostomia C/b N.8.5	Unidade
51736	Cânula de Traqueostomia C/b N.9	Unidade
51718	Cânula de Traqueostomia S/b N 3.0	Unidade
51721	Cânula de Traqueostomia S/b N 4.0	Unidade
51723	Cânula de Traqueostomia S/b N 5.0	Unidade
51725	Cânula de Traqueostomia S/b N 6.0	Unidade
56693	Cânula de Traqueostomia S/b N.4.5	Unidade
51652	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 5,0	Unidade
61259	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 5,5	Unidade
52304	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 7,0	Unidade
52305	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 7,5	Unidade
51673	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 8,0	Unidade
1157	Tubo Endotraqueal Aramado C/ Balão Nº 8,5	Unidade
52880	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 2,5	Unidade
51808	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 3,0	Unidade
51807	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 3,5	Unidade
52353	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 4,0	Unidade
51739	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 4,5	Unidade
1150	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 5,0	Unidade
1151	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 5,5	Unidade
1152	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 6,0	Unidade
51685	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 6.5	Unidade
51670	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 7,0	Unidade
51667	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 7,5	Unidade
1156	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 8,0	Unidade
51690	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 8,5	Unidade
1158	Tubo Endotraqueal C/ Balão Nº 9,0	Unidade
1171	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 2,0	Unidade
1172	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 2.5	Unidade
1173	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 3.0	Unidade
1174	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 3.5	Unidade
51806	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 4,5	Unidade
51742	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 4.0	Unidade
1176	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 5,0	Unidade
1177	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 5.5	Unidade

1178	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 6.0	Unidade
1179	Tubo Endotraqueal S/ Balão Nº 6.5	Unidade

11.2.17 Lâminas De Bisturi

TASY	MATERIAL	UNIDADE
553	Lâmina de Bisturi Nº 11	Unidade
555	Lâmina de Bisturi Nº 15	Unidade
51952	Lâmina de Bisturi Nº 23	Unidade

11.2.18 Luvas Cirúrgicas

TASY	MATERIAL	UNIDADE
122	Luva Cirúrgica Nº 6,5	Par
123	Luva Cirúrgica Nº 7,0	Par
124	Luva Cirúrgica Nº 7,5	Par
125	Luva Cirúrgica Nº 8,0	Par
126	Luva Cirúrgica Nº 8,5	Par

11.2.19 Malhas Tubulares

TASY	MATERIAL	UNIDADE
260	Malha Tubular 10cm X 15m	Unidade

11.2.20 Sondas

TASY	MATERIAL	UNIDADE
51909	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 04	Unidade
51911	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 06	Unidade
51912	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 08	Unidade
51913	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 10	Unidade
52302	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 12	Unidade
51915	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 14	Unidade
51916	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 16	Unidade

51917	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 18	Unidade
51918	Sonda de Aspiração Traqueal C/ Válvula Nº 20	Unidade
4407	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 04	Unidade
51910	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 06	Unidade
4406	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 08	Unidade
1093	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 10	Unidade
1094	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 12	Unidade
1095	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 14	Unidade
51919	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 16	Unidade
51920	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 18	Unidade
51921	Sonda de Aspiração Traqueal Nº 20	Unidade
51884	Sonda Enteral Nº 10	Unidade
1098	Sonda Enteral Nº 12	Unidade
1096	Sonda Enteral Nº 6	Unidade
1097	Sonda Enteral Nº 8	Unidade
1102	Sonda Foley 2 Vias C/ Balão Nº 16	Unidade
1108	Sonda Foley 2 Vias Nº 08	Unidade
1099	Sonda Foley 2 Vias Nº 10	Unidade
1100	Sonda Foley 2 Vias Nº 12	Unidade
1101	Sonda Foley 2 Vias Nº 14	Unidade
1103	Sonda Foley 2 Vias Nº 18	Unidade
1104	Sonda Foley 2 Vias Nº 20	Unidade
1105	Sonda Foley 2 Vias Nº 22	Unidade
5370	Sonda Foley 2 Vias Nº06	Unidade
1110	Sonda Foley 3 Vias Nº 18	Unidade
1111	Sonda Foley 3 Vias Nº 20	Unidade
1112	Sonda Foley 3 Vias Nº 22	Unidade
1113	Sonda Foley 3 Vias Nº 24	Unidade
7851	Sonda Nasogástrica Curta Nº 04	Unidade
7852	Sonda Nasogástrica Curta Nº 06	Unidade
7853	Sonda Nasogástrica Curta Nº 08	Unidade
7854	Sonda Nasogástrica Curta Nº 10	Unidade
1123	Sonda Nasogástrica Curta Nº 12	Unidade
7858	Sonda Nasogástrica Curta Nº 14	Unidade
7859	Sonda Nasogástrica Curta Nº 16	Unidade
1120	Sonda Nasogástrica Longa Nº 04	Unidade

1121	Sonda Nasogástrica Longa Nº 06	Unidade
51898	Sonda Nasogástrica Longa Nº 08	Unidade
1116	Sonda Nasogástrica Longa Nº 10	Unidade
1124	Sonda Nasogástrica Longa Nº 12	Unidade
1115	Sonda Nasogástrica Longa Nº 14	Unidade
23351	Sonda Nasogástrica Longa Nº 16	Unidade
1117	Sonda Nasogástrica Longa Nº 18	Unidade
1118	Sonda Nasogástrica Longa Nº 20	Unidade
51895	Sonda Retal Nº 04	Unidade
51894	Sonda Retal Nº 06	Unidade
51893	Sonda Retal Nº 08	Unidade
51892	Sonda Retal Nº 10	Unidade
51891	Sonda Retal Nº 12	Unidade
51890	Sonda Retal Nº 14	Unidade
51889	Sonda Retal Nº 16	Unidade
28731	Sonda Retal Nº 18	Unidade
1141	Sonda Uretral Nº 04	Unidade
1134	Sonda Uretral Nº 06	Unidade
1135	Sonda Uretral Nº 08	Unidade
1136	Sonda Uretral Nº 10	Unidade
1137	Sonda Uretral Nº 12	Unidade
1138	Sonda Uretral Nº 14	Unidade
1139	Sonda Uretral Nº 16	Unidade
1140	Sonda Uretral Nº 18	Unidade
1142	Sonda Uretral Nº 20	Unidade

11.2.21 Outros

TASY	MATERIAL	UNIDADE
55115	Kit de Pressão Arterial Média (kit Pam)	Unidade
51948	Lanceta P/ Glicemia	Unidade
43861	Preservativo S/ Lubrificante	Envelope
5585	Tira Glicemia	Unidade
51809	Tubo de Ventilação (Sheppard) S/ Haste	Unidade
58224	Bandagem Adesiva Elástica 5cm X 4,5 Mt (coban)	Unidade

11.2.22 Hemodiálise

TASY	MATERIAL	UNIDADE	FABRICANTE
55365	Agulha Para Fístula Artério Venosa 15g	Unidade	Nipro
51684	Agulha Para Fístula Artério Venosa 16g	Unidade	Nipro
61019	Agulha Para Fístula Artério Venosa 17g	Unidade	Nipro
61018	Agulha Para Punção de Fístula Artério Venosa 17G x 3/4 - Pediátrica	Unidade	Nipro
51836	Cateter Duplo Lúmen 11,5 Fr X15 Cm P/ Hemodiálise	Unidade	
51837	Cateter Duplo Lúmen 11,5 Fr X20 Cm P/ Hemodiálise	Unidade	
60988	Cateter Duplo Lúmen 7 Fr X10 Cm (Acesso Venoso) (Hemodiálise)	Unidade	
51388	Cateter Duplo Lúmen 9 Fr X15 Cm (Acesso Venoso) (Hemodiálise)	Unidade	
60989	Cateter Duplo Lúmen Adulto Nº12.5x28 Cm - (permcath) Hemodiálise	Unidade	
60990	Cateter Duplo Lúmen Adulto Nº12.5x32 Cm - (permcath) Hemodiálise	Unidade	
60991	Cateter Duplo Lúmen Adulto Nº12.5x36 Cm - (permcath) Hemodiálise	Unidade	
61032	Cateter Triplo Lúmen Adulto 11,5 Fr X15 Cm P/ Hemodialise	Unidade	
61033	Cateter Triplo Lúmen Adulto 11,5 Fr X20 Cm P/ Hemodiálise	Unidade	
61021	CPHD-BIC. SÓDIO 8,4% - Solução básica 5L	bombona	Farmarin
61022	CPHD-HD 170 BIC AC - Solução ácida 5L	Bombona	Farmarin
60997	CPHD-HD Solução Ácida Com Glicose 5L	Bombona	Farmarin
64793	Curativo especial para cateter IV 3000	Unidade	Biocompany
64482	Diafase Plus	Lt	Fresenius
61031	Dialisador Capilar 17L Polyflux Gambro	Unidade	Fresenius
60993	Dialisador Capilar F10	Unidade	Fresenius
60994	Dialisador Capilar F4	Unidade	Fresenius
61023	Dialisador Capilar F6	Unidade	Fresenius
61024	Dialisador Capilar F7	Unidade	Fresenius
61025	Dialisador Capilar F8	Unidade	Fresenius
61049	Esterilizante p/ máquina Gambro sol. ácido acético – Acetilpoll 1Kg 20%	Pct	

61378	Hipoclorito de Sódio 10% - 1 Litro	Lt	
61050	Hipoclorito de Sódio 10% - 6 Litros	Lt	
60995	Isolador de Pressão Para Máquina de Hemodiálise	Unidade	
61028	Linha p/ diálise – Arterial Adulto s/ catabolha	Unidade	
64462	Linha p/ diálise – Arterial Pediatrica	Unidade	
61046	Linha p/ diálise – Venosa Adulto c/ catabolha	Unidade	
64463	Linha p/ diálise - venosa pediátrica	Unidade	
64792	Kit cateter duplo lumen split cath III (translUmbar) 14F x 55cm REF. ASPC55-3TLE	Unidade	MEDCORP
61124	Protetor de Conector Luer Lock Femea	Unidade	TEGO/MEDCORP
61123	Puristeril 340 5l	Lt	
61029	Reagente para análise de peróxido de hidrogênio 50mL	Lt	
55259	Sal Grosso (Sem Iodo) 25kg	Pct	
60996	Soda Cáustica (pact C/ 1kg)	Pct	
64807	Solução ácida glicosada com potássio = 2,0 meq/ml	bombona	Farmarin
61470	Solução Esterilizante (hemoxidal) C/ 20 L	bombona	

11.2.23 Hemodinâmica:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
54412	Agulha Para Punção Femoral 18g	Unidade
54415	Cateter (diagnostico) Im 6f 100cm/ Merit	Unidade
54356	Cateter Diagnostico Al 1 - 6fr - 100cm/ Boston	Unidade
58807	Cateter Diagnostico Al 3 - 6fr - 100cm / Merit	Unidade
54364	Cateter Diagnostico Ar 1 6f/ Boston	Unidade
55082	Cateter Diagnostico Fl 3.5 6f 100cm/ Boston	Unidade
54793	Cateter Diagnostico Fl 4.0 6f 100cm/ Boston	Unidade
57186	Cateter Diagnostico Fl 4.5 6f 100cm/ Boston	Unidade
55232	Cateter Diagnostico Fl 5.0 6f 100cm/ Boston	Unidade
54795	Cateter Diagnostico Fr 3.5 6f 100cm/ Boston	Unidade
54504	Cateter Diagnostico Fr 4.0 6f 100cm/ Boston	Unidade
58809	Cateter Diagnostico Headhunter 5fr 100cm 035"Ref. 510035hh1	Unidade
54416	Cateter Diagnostico Jl 3.5 - 6fr - 100cm/ Merit	Unidade
54503	Cateter Diagnostico Jl 4.0 - 6fr - 100cm/ Merit	Unidade

57187	Cateter Diagnostico Jl 4.0 - 6fr - 125cm/ Merit	Unidade
54350	Cateter Diagnostico Jl 4.5 6f 100cm/ Merit	Unidade
54346	Cateter Diagnostico Jl 5.0 - 6fr - 100cm/merit	Unidade
57188	Cateter Diagnostico Jl 5.0 - 6fr - 125cm/ Merit	Unidade
54418	Cateter Diagnostico Jr 3.5 - 6fr - 100cm/ Merit	Unidade
55628	Cateter Diagnostico Jr 4.0 - 6fr - 100cm/ Merit	Unidade
54351	Cateter Diagnostico Jr 4.0 - 6fr - 125cm/ Merit	Unidade
54369	Cateter Diagnostico Multipurpose A1 6fr - 100cm/ Merit	Unidade
54378	Cateter Diagnostico Multipurpose A1 6fr - 125cm/ Merit	Unidade
54372	Cateter Diagnostico Multipurpose A2 6fr - 100cm/ Merit	Unidade
54375	Cateter Diagnostico Multipurpose A2 6fr - 125cm/ Merit	Unidade
55923	Cateter Diagnostico Pig Tail 5fr - 110cm/ Merit	Unidade
57476	Cateter Diagnostico Pig Tail 6fr - 110cm/ Bost	Unidade
54352	Cateter Diagnostico Pig Tail 6fr - 110cm/ Merit	Unidade
62908	Cateter Diagnostico Simmons1 5fr 100cm 0,35"/ Merit	Unidade
54380	Cateter Diagnostico Simmons2 5fr 100cm 0,35"/ Merit	Unidade
54381	Cateter Diagnostico Simmons3 5fr 100cm 0,35"/ Merit	Unidade
51738	Cateter Diagnostico Vertebral 5fr 100cm 035"	Unidade
54417	Cateter Guia Al 2.0 6fr (terapeutico) Runway	Unidade
54368	Cateter Guia Ar 2.0 6fr (terapeutico) Runway	Unidade
54797	Cateter Pig Tail 6f X 125cm (Merit)	Unidade
57155	Corda Guia Hidrofílica Kinetix 0,014x185mm (moderate Support)	Unidade
55861	Extensor 48in 121,9cm Adaptad. Rotatório -mx684br	Unidade
56611	Extensor de Baixa Pressão 60 Psi 152 Cm	Unidade
54339	Fio Guia Hidrofílico 0,014", Comprimento 182cm - Floppy	Unidade
55958	Fio Guia Hidrofílico 0,014", Comprimento 182cm - Intermediate	Unidade
54331	Fio Guia Hidrofílico 0,014", Comprimento 182cm - Standart	Unidade
56514	Fio Guia Hidrofílico 0,014"X 185cm - Pt2 - Light Support	Unidade
56513	Fio Guia Hidrofílico 0,014"X 185cm - Pt2 - Moderate Support	Unidade
20657	Fio Guia Hidrofílico 0,035"Ponta Em J Comprimento 150cm	Unidade
62647	Fio Guia Hidrofílico 0,014"x 300cm - Moderate Support	Unidade
26270	Fio Guia Hidrofílico 0,035"Ponta Em J Comprimento 260cm	Unidade
54323	Fio Guia Teflonada 0,35x150cm Ponta J	Unidade
56694	Fio Guia Teflonada 0,35x260cm Ponta J	Unidade
54388	Introdutor Femoral C/ Agulha 6fr 23 Cm	Unidade
54391	Introdutor Radial 6f X 12cm	Unidade

54405	Kit Angioflator	Unidade
51711	Kit Eletrodo P/ Marcapasso Temporario 4fr (eletrodo, Introdutor, Fio Guia, Camisinha)	Unidade
54409	Kit Eletrodo P/ Marcapasso Temporario 6fr (eletrodo, Introdutor, Fio Guia, Camisinha)	Unidade
54394	Kit Introdutor Hemostático 5f 12cm	Unidade
54390	Kit Introdutor Hemostático 6f X 12cm	Unidade
54799	Kit Introdutor Hemostático 7f X 12cm	Unidade
54420	Manifold 5 Vias Sem Vávula	Unidade
52866	Seringa P/ Bomba Injetora de Contraste 150ml	Unidade
54397	Transdutor de Pressão Dome	Unidade
51796	Tubo Conector Espiralado Baixa Pressao de Via Unica Para Bomba Injetora de Contraste 152,4cm 60"	Unidade
56277	Valvula Hemostática Super Ketch	Unidade

11.2.24 Materiais do Centro Cirúrgico:

TASY	MATERIAL	UNIDADE
956	Aparelho Descartável Para Tricotomia (barbeador)	Peça
51715	Capa P/ Microscópio Cod:9590	Unidade
547	Clamp Umbilical	Unidade
51842	Clip Hemostático Pl 568 T (clip Cirúrgico)	Unidade
51872	Filtro Bacteriano (Filtro de Circuito P/ Anestesia)	Unidade
37421	Lâmina P/ Tricotomizador Elétrico 9671/9670	Unidade
55637	Tela de Prolene Pml (10 X 10 Cm)	Unidade
51813	Tela de Prolene Pml (26 X 36 Cm)	Unidade
51881	Vessel Loops Amarelo	Unidade

11.3 A padronização de material foi desenvolvida pela equipe técnica da BHCL, com a possibilidade de atualizações, conforme as demandas das unidades e necessidades médicas.

1. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

12.1 A padronização de medicamentos pela BHCL é um processo estruturado e contínuo, conduzido pela equipe técnica especializada, com o objetivo de assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos utilizados nas unidades de saúde. Este processo é fundamentado em critérios rigorosos que envolvem a avaliação de evidências científicas, a análise de custo-benefício e a observância das diretrizes regulatórias vigentes.

12.2 A lista de medicamentos padronizados pela BHCL é um recurso essencial para assegurar a uniformidade e a qualidade do tratamento oferecido nas unidades de saúde. Esta lista foi cuidadosamente elaborada pela equipe técnica da BHCL, com base em critérios rigorosos de eficácia, segurança e custo-benefício, além de estar alinhada com as diretrizes regulatórias vigentes. A padronização de medicamentos visa proporcionar aos pacientes o acesso a tratamentos consistentes e eficazes, além de otimizar o uso dos recursos disponíveis.

A seguir, apresentamos a lista detalhada de medicamentos padronizados, atualizada periodicamente para refletir os avanços científicos e as necessidades específicas das unidades de saúde.

Descrição do item	Unidade de medida	Padronização geral	Carro de emergência (Padrão misto)	Centro Cirúrgico	Odontologia	Pronto Socorro Adulto	Pronto Socorro Infantil	Pronto Socorro Obstétrico	UI - Clínica Cirúrgica	UI - Clínica Médica	UI - Clínica Obstétrica	UI - Clínica Pediatria	UTI - Adulto	UTI - Neonatal	UTI - Pediátrica
Ácido Fólico 5mG - COMP	Comprimido	Sim						Sim							
Ácido Fólico 0,2mg/ml Solução oral - Frasco com 30ml	Frasco	Sim						Sim							
Ácido Folínico 15mg - CAP	Capsula	Sim										Sim			
Acetilcisteina 100mG/mL - Ampola com 3mL	Ampola	Sim								Sim			Sim		
Acetilcisteína 20mg/ml Xarope Infantil - Frasco com 120ml	Frasco	Sim										Sim			
Acetilcisteína 600mg - Sachê	Sachê	Sim								Sim			Sim		
Aciclovir 250 MG - FA	Frasco/Ampola	Sim													
Aciclovir 5% (50mg/g) - Bisnaga 10g	Bisnaga	Sim													
Ácido Acetilsalicílico 100mG - COMP	Comprimido	Sim	Sim			Sim				Sim			Sim		
Ácido Ascórbico 100mG/mL (Vitamina C) - Ampola com 5mL	Ampola	Sim													
Aciclovir 200mG - COMP	Comprimido	Sim													

Ácido peracético 0,2% com diluente e fita - Bombona de 5 litros	Unidade	Sim													
Ácido Tranexâmico 250mG - COMP	Comprimido	Sim													
Ácido Tranexâmico 50mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Ácido ursodesoxicólico 50mG (ursacol) - COMP	Comprimido	Sim											Sim	Sim	Sim
Ácido valpróico xarope 50mG/mL - Frasco com 100mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
Ácido valpróico 250mg - CAP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim					
Acidos Graxos Essenciais (Dersani) - Frasco com 200mL	Frasco	Sim							Sim	Sim			Sim	Sim	Sim
Adenosina 3mg/ml (MAV) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim			Sim							Sim	Sim	Sim
Água destilada estéril 1000ml - FR	Frasco	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Água destilada estéril 10ml - FLAC	Flaconete	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Água destilada estéril 250ml - FR	Frasco	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Água destilada estéril 500ml - FR	Frasco	Sim	Sim	Sim			Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Albendazol suspensão 40mG/mL - Frasco com 10mL	Frasco	Sim											SIm		

ALBUmina humina 200mG/mL (20%) - Frasco com 50mL	Frasco	Sim											Sim	Sim	Sim
Alfapoetina injetável 4.000UI/mL - FA	Frasco/Ampola	Sim											Sim	Sim	Sim
Alfaporactanto 120mg (Curosurf) - FA com 1,5 mL	Frasco/Ampola	Sim												Sim	Sim
Alfaporactanto 240mg (Curosurf) - FA com 3 mL	Frasco/Ampola	Sim												Sim	Sim
Alfentanila 0,544mg (equivalente a 0,5 mg) - AMP com 5ml	Frasco/Ampola	Sim		Sim					Sim				Sim	Sim	Sim
AloPURinol 100mG - COMP	Comprimido	Sim													
Alprostadil 20mCG/mL - FA	Frasco/Ampola	Sim												Sim	Sim
Alprostadil 500mCG/mL - FA	Frasco/Ampola	Sim												Sim	Sim
Alteplase 1mG/mL (Actilyse) (MAV) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim													
Alteplase 50mG com reconstituinte de 50mL (Actilyse) (MAV) - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim		Sim					Sim		
Ambroxol 3mG/mL - Frasco com 120mL	Frasco	Sim										Sim			
Amicacina 250mG/mL (MAV) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim								Sim			Sim	Sim	Sim

AmiNOFILina 24mG/mL - Ampola com 10mL	Ampola	Sim										Sim		Sim	Sim
AmioDARONA 200 MG (MAV) - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim		
AmioDARONA 50mG/mL (MAV) - Ampola com 3mL	Ampola	Sim	Sim	Sim						Sim			Sim	Sim	Sim
AmiTRIPtilina 25mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Amoxicilina 400mg(A) + Clavulanato 57mg(B) /5mL - Frasco com 100mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
Amoxicilina 50mG + Ácido Clavulânico 12,5mG/mL suspensão oral - Frasco com 100mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
Amoxicilina 50mG/mL - Frasco com 150mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
Ampicilina Sódica 1G + Sulbactam 0,5G - FA	Frasco/Ampola	Sim						Sim		Sim		Sim			
Ampicilina Sódica 1G - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim			Sim	Sim		Sim	Sim
Ampicilina Sódica 500G - FA	Frasco/Ampola	Sim										Sim		Sim	Sim
Anfotericina B 50mG - FA	Frasco/Ampola	Sim											Sim		
Anlodipino 5mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim					
Atenolol 50mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim		

Atracúrio 10mG/mL - Frasco-ampola com 5mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Atropina 0,25mG/mL (MAV) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atropina 1% colírio - Frasco com 5mL	Frasco	Sim													
AZITromicina 500mg - COMP	Unidade	Sim													
AZITromicina pó para suspensão oral 40mg/mL - Frasco com 600mG	Frasco	Sim													
Azul de metileno 1% - Ampola com 5mL	Ampola	Sim	Sim						Sim						
Baclofeno 10mG - COMP	Comprimido	Sim													Sim
Beclometasona 250mCG aerosol - Recipiente doseador com bocal para 200 doses	Flaconete	Sim										Sim		Sim	Sim
Beclometasona 400mcg/mL - Flaconete com 2mL	Flaconete	Sim										Sim		Sim	Sim
Beclometasona 50mCG aerosol - Recipiente doseador com bocal para 200 doses	Flaconete	Sim										Sim		Sim	Sim
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000ui	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim								

Intramuscular (BENZETACIL) - FA															
Benzilpenicilina Potássica 5.000.000ui - FA	Frasco/Ampola	Sim						Sim			Sim	Sim			
Benzilpenicilina procaína 300.000UI + Benzilpenicilina potássica 100.000UI - FA	Frasco/Ampola	Sim										Sim			
Benzocaína 200mG/G Anestésico tópico (Benzotop) - Pote com 12G	Unidade	Sim			Sim										
BETAmetasona, acetato 3 mg/mL + BETAmetasona, fosfato dissodico 3 mg/mL (Celestone Soluspan) - FA	Ampola	Sim				Sim		Sim			Sim				
Bicarbonato de Sódio 8,4% - Frasco com 250mL	Frasco	Sim	Sim	Sim						Sim			Sim		
Bicarbonato de Sódio 8,4% 10 mL - FLAC	Flaconete	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
Biperideno, cloridrato 2 mg - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Biperideno 5mG/mL - AMP	Ampola	Sim					Sim								
Bisacodil 5mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim						
BromoPRIDA 4mg/mL - Frasco 20mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim

BromoPRIDA 5mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Budesonida 32mcg Spray Nasal - Frasco com 120 Doses	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
Budesonida 0,25mg/ml Solução Inalatória - Flaconete com 2ml	Flaconete	Sim								Sim			Sim		
BUpivacaína 0,5% (5mG/mL) - FA com 20mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim					Sim	Sim			
BUpivacaína 0,5% (5mG/mL) + epinefrina 0,0091mG/mL (com vaso) - FA com 20mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim					Sim		Sim	Sim			
Bupivacaína Isobárica 0,5% - Ampola com 4ml	Ampola	Sim		Sim		Sim		Sim				Sim			
BUpivacaína 0,5% (5mG/mL) + glicose 80mG/mL (Pesada hiperbárica) - Ampola com 4mL	Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim			
Captopril 25mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim	Sim	Sim
Captopril 50mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim		
CarBAMazepina 2%(20mG/mL) suspensÃo oral - Frasco com 100mL	Frasco	Sim										Sim		Sim	Sim
CarBAMazepina 200mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		

Carbonato de cálcio 500mG - COMP	Comprimido	Sim													
Carvão Ativado 50g Pó - Sachê	Sache	Sim				Sim				Sim					
CarVEDilol 12,5 MG (MAV) - CP	Comprimido	Sim								Sim					
CarVEDilol 3.125mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim		
CarVEDilol 6.125mG (MAV) - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim					
Cefalexina 500mG - COMP	Comprimido	Sim													
Cefalexina 50mG/mL suspensão oral - Frasco com 100mL	Frasco	Sim													
CeFAZolina 1g - FA	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Cafeína, citrato 10 mg/ml solução oral - Frasco com 100mL	Frasco	Sim												Sim	Sim
Cefepime 1g - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim	Sim	Sim
CefTAZidima 1G pó liofilizado - FA	Frasco/Ampola	Sim													
CefTRIAXona 1G + lidocaína 1% (1mG/mL) Intramuscular - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim			Sim			
CefTRIAXona 1g Endovenosa - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cetoconazol creme 20mg/g - Bisnaga 30g	Bisnaga	Sim													
Cetoprofeno 100mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim		Sim			Sim				

Cetoprofeno 50mG/mL Intramuscular - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim						
Cetoprofeno 50mG/mL Endovenoso - Frasco-ampola com 2ml	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Cimento de ionômero de Vidro Restaurador Líquido - Frasco com 8mL	Frasco	Sim													
Cimetidina 200mg - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Cimetidina 150mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Ciprofloxacino 200mg/100ml - Bolsa	Bolsa	Sim				Sim				Sim					
Ciprofloxacino 500mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Cisatracúrio 2mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim		Sim		Sim			Sim				Sim	Sim	Sim
Claritromicina 500 mg - FA	Frasco/Ampola	Sim													
Claritromicina 500mG - COMP	Comprimido	Sim													
Claritromicina 50mG/mL suspensão oral - Frasco com 60mL	Frasco	Sim													
Clindamicina 150mG/mL - Ampola com 4mL	Ampola	Sim				Sim			Sim	Sim		Sim	Sim		
Clindamicina 300mG - COMP	Comprimido	Sim													

Clobazam 10mG - COMP	Comprimido	Sim													
Clonazepam 0,5mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Clonazepam 2,5mG/mL - Frasco com 20mL	Frasco	Sim													
Clonidina 0,150mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim					
CloNIDina 150mCG/mL - Ampola com 1mL	Ampola	Sim		Sim					Sim		Sim		Sim		
Clopidogrel 75mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim									
Cloranfenicol 5mG/G + Aminoácidos 25mG/G + Metionina 5mG/G + Viatamina A 10.000ui/G (Regencel) - Bisnaga de 3,5g	Bisnaga	Sim													
Cloreto de Potássio 19,1% 10ml (MAV) - FLAC	Flaconete	Sim					Sim			Sim		Sim		Sim	Sim
Cloreto de potássio 600mg - Drágea	Drágea	Sim								Sim			Sim		
Cloreto de Potássio 6% (6mG/mL) xarope - Frasco com 100mL	Frasco	Sim				Sim				Sim			Sim		
Cloreto de sódio 0,9% 10ml - FLAC	Flaconete	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cloreto de sódio 20% 10ml (MAV) - FLAC	Flaconete	Sim				Sim	Sim					Sim		Sim	Sim
Clorexidina alcoólica 0,5% 100mL - ALM	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Clorexidina degermante 2% 100mL - ALM	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Clorexidina degermante 4% 100mL - ALM	Unidade	Sim													
Clorexidina aquosa 1% - Almotolia com 100ML	Unidade	Sim													
ClorproMAZINA 25mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
ClorproMAZINA 25mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim				Sim		Sim		Sim					
ClorproMAZINA 4% (40mG/mL) solução oral - Frasco com 20mL	Frasco	Sim								Sim			Sim		
Colagenase 0,6U + Cloranfenicol 0,01g Pomada Dermatológica - Bisnaga com 30g	Bisnaga	Sim													
Colagenase 0,6UI/G pomada - Bisnaga com 30g	Bisnaga	Sim				Sim		Sim		Sim			Sim		
Complexo B - Ampola com 2mL	Unidade	Sim					Sim	Sim		Sim			Sim		
Contraste Omnipaque 300mG/mL (Ioexel) - Frasco com 100 mL	Frasco	Sim													
Curativo com alginato de cálcio e sódio - Bisnaga com 85g	Bisnaga	Sim													

Curativo com alginato de cálcio e sódio 10 x 10cm - UND	Unidade	Sim													
Curativo hidrocolóide 10x10cm - PLAC	Unidade	Sim													
Dantroleno 20 mg de pó liofilizado para solução injetável + DIluente de 60 mL - FA	Frasco/Ampola	Sim		Sim											
Deltametrina 0,2mg/ml Shampoo - Frasco com 100mL	Frasco	Sim													
Deslanosídeo 0.2mG/mL (Ampola com 2mL)	Ampola	Sim	Sim			Sim							Sim		
DEXAmetasona 1mG/G Creme - Bisnaga com 10G	Bisnaga	Sim													
Dexametasona 4mg - COMP	Comprimido	Sim													
DEXAmetasona 4mG/mL - Ampola com 2,5mL	Ampola	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Dexametasona 0,1mg/ml Elixir - Frasco com 100mL	Frasco	Sim													
Dexametasona solução oftálmica colírio 0,1% - Frasco com 5mL	Frasco	Sim												Sim	Sim
Dexametasona 1mg/g Creme - Bisnaga com 10g	Bisnaga	Sim													
Dexclorfeniramina 0,4mG/mL	Frasco	Sim													

(Polaramine) - Solução oral Frasco com 120mL															
Dexmedetomidina 100mg/mL - Frasco-ampola com 2mL	Ampola	Sim		Sim						Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Dextrocetamina 50mG/mL - Frasco-ampola com 10 ML	Ampola	Sim											Sim	Sim	Sim
Dextrocetamina 50mG/mL - Frasco-ampola com 2 ML	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Diazepam 10mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Diazepam 5mg - COMP	Comprimido	Sim													
Diazepam 5mg/ml (MAV) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim
Diclofenaco sódico 50mG - COMP	Comprimido	Sim						Sim			Sim				
Diclofenaco sódico 25mG/mL (Voltaren) Intramuscular - Ampola com 3mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Difenidramina 50mG/mL - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim		Sim	Sim				
Digoxina 0,25mg - COMP	Comprimido	Sim													
Dimenidrato + Piridoxina gotas - 25mg(A) + 5mg(B)/mL (20 gotas) (Dramin B6) - Frasco com 20mL	Frasco	Sim													

Dimenidrinato 3mG/mL + Cloridrato de Piridoxina 5mG/mL + Glicose 100mG/mL + Frutose 100mG/mL (Dramin B6 DL) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim													
Dimenidrinato 50mG/mL + Cloridrato de Piridoxina 50mG/mL (Dramin B6) Intramuscular - Ampola com 1mL	Ampola	Sim													
DipiRONA 500mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
DipiRONA sódica 500 MG - COMP	Comprimido	Sim						Sim			Sim	Sim			
DipiRONA sódica 500mG/mL - Frasco com 10mL	Frasco	Sim													
DOBUTamina 12.5mG/mL (MAV) - Ampola com 20mL	Ampola	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
Domperidona 1mG/mL suspensão - Frasco com 100mL	Frasco	Sim											Sim		
DOPamina 5mG/mL (MAV) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
Doxicilina 100 MG - COMP REV.	Comprimido	Sim													
EFEDrina 50mG/mL - Ampola com 1ML	Ampola	Sim		Sim		Sim			Sim				Sim	Sim	Sim

Enalapril 10mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim					
Enoxaparina subcutânea 20mg/0,2ml (MAV) - Seringa Preenchida 0,2ml	Seringa	Sim				Sim			Sim				Sim		
Enoxaparina subcutânea 40mg/0,4ml (MAV) - Seringa Preenchida 0,4ml	Seringa	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		
Enoxaparina subcutânea 60mg/0,6ml (MAV) - Seringa Preenchida 0,6ml	Seringa	Sim													
Enxaguante bucal com clorexidina 0,12% 250ml - FR	Frasco	Sim								Sim			Sim		
EPINEFrina 1mG/mL (Adrenalina) (MAV)- Ampola com 1mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Escopolamina, butilbrometo 10 mg - COMP	Comprimido	Sim													
Escopolamina 10mG/mL - Frasco com 20ML	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim				
Escopolamina 20mG/mL (Buscopan simples) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim													

Escopolamina 4 mg/ml + Dipirona Sódica 500 mg/ml (Buscopan Composto) - Ampola com 5mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Escopolamina, butilbrometo 6,67 mg/mL + Dipirona sódica 333,4 mg/mL Solução oral - Frasco com 20mL	Frasco	Sim													
Espessante Alimentar 400g - PT	Unidade	Sim													
Espironolactona 100MG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Espironolactona 25MG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
ETILEfrina 10mG/mL - Ampola com 1 ML	Ampola	Sim		Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Etomidato 2mG/mL (MAV) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim			Sim				Sim		
Eugenol material restaurador provisório - Frasco com 20mL	Frasco	Sim													
Fenilefrina 10% Colirio - Frasco com 5ml	Frasco	Sim													
Fenitoína 100 MG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Fenitoína sódica 50mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim						Sim	Sim	Sim
Fenobarbital 100mG - COMP	Comprimido	Sim								Sim			Sim		

Fenobarbital 100mG/mL (Gardenal) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
Fenobarbital 4% (40mG/mL) - Frasco com 20ML	Frasco	Sim											Sim	Sim	Sim
FentaNILA 50mCG/mL - Ampola com 10mL	Ampola	Sim		Sim		Sim			Sim	Sim			Sim	Sim	Sim
FentaNILA 50mCG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fitomenadiona 10mG/mL (Vitamina K) Intramuscular - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim		Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim
Fluconazol 150mG - COMP	Comprimido	Sim													
Fluconazol 2mG/mL - Bolsa com 100 ML	Bolsa	Sim													
Flumazenil 0,1mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim	Sim	Sim					Sim				Sim	Sim	Sim
Fluticasona inalatória 250mcg/dose - Frasco 60 doses	Frasco	Sim													
Fluticasona inalatória 50mcg/dose - Frasco 120 doses	Frasco	Sim													
Formocresol (Fraco com 10mL)	Frasco	Sim													
Fosfato de potássio 2 MEQ -Ampola com 10ML	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fosfato de Sódio Monobásico 16g (A) + Fosfato de Sódio	Frasco	Sim													

Dibásico (Fleet Enema) - Frasco com 130mL															
Furosemida 10mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim				Sim			Sim	Sim	Sim
Furosemida 40MG - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Gabapentina 300mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Ganciclovir 1 Mg/ Ml Injetável - Bolsa 250ML	Frasco/Ampola	Sim													
Gentamicina 40mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim			Sim			Sim		Sim	Sim
Glibenclamida 5mG - COMP	Comprimido	Sim													
Glicose hipertônica 25% 10 ML (MAV) - FLAC	Flaconete	Sim													
Glicose hipertônica 50% 10mL (MAV) - FLAC	Flaconete	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Gluconato de cálcio 10% (100mG/mL) - Flaconete com 10mL	Ampola	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
HaloPERidol 5mG/mL Intramuscular - Ampola com 1mL	Ampola	Sim							Sim	Sim			Sim	Sim	Sim
HaloPERidol solução oral (gotas) 2mg/ml - Frasco com 20 mL	Frasco	Sim				Sim				Sim			Sim	Sim	Sim
Heparina sódica 25.000ui/5mL (MAV) - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim			Sim				Sim		

Heparina sódica suína 5.000UI/0.25mL Subcutânea (MAV) - Ampola com 0,25mL	Ampola	Sim				Sim			Sim	Sim	Sim		Sim		
HidrALAZINA 20mG/mL - Ampola com 1mL	Ampola	Sim						Sim					Sim		
HidrALAZINA 25mG - Drágea	Dragea	Sim				Sim									
HidroCLOROTiazida 25mG - COMP	Comprimido	Sim							Sim						
Hidrocortisona 100mG (Flebocortid) - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		
Hidrocortisona 500mG (Flebocortid) - FA	Frasco/Ampola	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim			Sim		
Hidróxido de alumínio 60mG/mL Suspensão oral - Frasco com 240mL	Frasco	Sim													
Hidroxido de cálcio P.A. - Capeador pulpar - Frasco com 10G	Frasco	Sim													
Hidróxido de ferro III injetável 20mG/mL (Noripurum) - Ampola com 5 ml	Ampola	Sim						Sim		Sim	Sim		Sim		
Hidroxietilamido 6% 60mg/ml (Voluven) - Frasco com 500ml	Bolsa	Sim													
Hidroxizina 2mG/mL soluçao oral - Frasco com 120 mL	Frasco	Sim													

Ibuprofeno suspensão oral 50mG/mL - Frasco com 20 mL	Frasco	Sim													
Imipenem 500mG + Cilastatina 500mG - FA	Frasco/Ampola	Sim													
Imunoglobulina anti-RHO 300 mcg/2 mL - SER	Seringa	Sim													
Insulina Humana NPH 100 UI/ML - Frasco com 10ml	Frasco	Sim								Sim			Sim		
Insulina humana REGULAR 100 UI/ML - Frasco com 10ml	Frasco	Sim								Sim			Sim		
IPRAtrópio 0,25 MG/ML Solução Inalatória - Frasco com 20mL	Frasco	Sim				Sim	Sim			Sim		Sim	Sim		
Isossorbida injetavel 10mG/mL - Ampola com 1mL	Ampola	Sim		Sim											
Isossorbida, Dinitrato de 5mG (Isordil SL) - COMP	Comprimido	Sim	Sim	Sim											
Isossorbida, mononitrato 20 mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim									
Isossorbida, Mononitrato de 5mG (Monocordil SL) - COMP	Comprimido	Sim													
Itraconazol 100 mg - COMP	Comprimido	Sim													

Ivermectina 6mG - COMP	Comprimido	Sim													
Lactulose 667mG/mL xarope - Frasco com 120mL	Frasco	Sim				Sim	Sim		Sim	Sim			Sim		
Levetiraceram 100mg/mL solução oral - Frasco com 150mL	Frasco	Sim													
Levetiracetam 250 mg - COMP	Comprimido	Sim													
Levofloxacino 500 mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Levofloxacino 500mG/100mL - BOL	Bolsa	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		
LevoMEPROmazina solução oral (4%) 40mG/mL - Frasco com 20 mL	Frasco	Sim						Sim			Sim				
Levonorgestrel 0,75 mg - COMP	Comprimido	Sim													
LevoTIROXina 25 mcg - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
LevoTIROXina 50 mcg - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim	Sim		Sim		
Lidocaína 10% (100mG/mL) Spray - Frasco com 50mL	Frasco	Sim													
Lidocaína 2% (20mG/mL) SEM vasoconstritor - Frasco com 20mL	Frasco/Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Lidocaína 2% (20mG/mL) SEM	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim		Sim				Sim	Sim

vasoconstritor - Frasco com 5mL															
Lidocaína 2% (2mG/mL) SEM epinefrina 1.8mL (Xylestresin sem vaso) - CAR	Carpule	Sim			Sim										
Lidocaína 2% (20mG/mL) com epinefrina (Xylestresin com vaso) - Frasco com 20mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim		Sim	Sim			Sim	Sim		
Lidocaína 2% (2mG/mL) com epinefrina 1.8mL (Xylestresin) - CAR	Carpule	Sim			Sim										
Lidocaína geléia 2% (20 mG/G) - Bisnaga com 30g	Bisnaga	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Linezolida 2mg/Ml - Bolsa 300ml	Bolsa	Sim										Sim			
Loratadina xarope 1mG/mL - Frasco com 100mL	Frasco	Sim													
Loratadina 10mg - Comp	Comprimido	Sim													
Lorazepam 2 mg - COMP	Comprimido	Sim												Sim	Sim
Losartana 50 MG - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		
Manitol 20% (200mG/mL) - Frasco com 50mL	Frasco	Sim				Sim			Sim	Sim					

Mepivacaína 3% (3mG/mL) sem vasoconstritor 1,8mL - CAR	Carpule	Sim			Sim										
Meropenem injetável 500G - FA	Frasco/Ampola	Sim													
Metadona 5mg - COMP	Comprimido	Sim													
Metadona 10mg - COMP	Comprimido	Sim												Sim	Sim
Metadona 10mg/ml - Ampola com 1mL	Ampola	Sim											Sim	Sim	Sim
Metaraminol, Bitartarato 10mg/ml - Ampola com 1ml	Ampola	Sim		Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Metformina, cloridrato 850 mg - COMP	Comprimido	Sim													
Metildopa 250 mg - COMP	Unidade	Sim				Sim		Sim		Sim	Sim				
Metilergometrina 0,2mg - Ampola com 1ml	Ampola	Sim						Sim			Sim				
Metilprednisolona 125mg + Diluente própio 2mL (Solumedrol) - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim			Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Metilprednisolona 500 mg (Solumedrol) - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim				Sim					
Metoclopramida 5mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		
Metoprolol 1mg/mL (Seloken) - Ampola com 5mL	Ampola	Sim				Sim							Sim	Sim	Sim

Metoprolol 25mG, Tartarato - COMP	Comprimido	Sim													
Metoprolol 50mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Metronidazol 40 mg/ml suspensão oral - Frasco com 120mL	Frasco	Sim													
Metronidazol 250mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim			Sim		
Metronidazol 0.5% (500mG/100mL) (Flagyl) - BOL	Bolsa	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Micafungina 50mg - FA	Frasco/Ampola	Sim													
Midazolam 5mG/mL (Dormonid) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim		Sim		Sim				Sim			Sim	Sim	Sim
Midazolam injetavel 1mg/mL (Dormonid) - Ampola com 5mL	Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Midazolam injetavel 5 mg/mL (Dormonid) - Ampola com 3mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Midazolam solução oral 2 mg/ml - Frasco com 10ml	Frasco	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Midazolam 15mg - COMP	Comprimido	Sim											Sim	Sim	Sim
Misoprostol 200mcg - COMP	Comprimido	Sim													
Misoprostol 25mcg - COMP	Comprimido	Sim													
Milrinona lactato injetável 1mG/ml	Ampola	Sim											Sim	Sim	Sim

(Primacor) - Ampola com 10mL															
Morfina 10mG/mL - Ampola com 1mL	Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim		
Morfina injetável 0,2mg/ml - Ampola com 1mL	Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Morfina injetável 1 mg/ml - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim
Nafazolina 0,5 mg/ml solução nasal - Frasco com 30 ml	Frasco	Sim													
Nalbufina injetável 10 mg/ml - Ampola com 1mL	Ampola	Sim													
Naloxona 0,4mG/mL (Narcan) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim	Sim	Sim								Sim	Sim	Sim	Sim
Neomicina + bacitracina pomada - Bisnaga com 15g	Bisnaga	Sim					Sim	Sim				Sim	Sim		
Neostigmina injetável 0.5 mg/ml - Ampola com 1 mL	Ampola	Sim				Sim			Sim						
NiFEDipina 10 mg - COMP	Comprimido	Sim						Sim			Sim				
Nistatina 100.000 ui/ml Suspensão oral - Frasco com 50 ml	Frasco	Sim													
Nistatina 100.000UI + Óxido de zinco 200mG/G - Bisnaga com 60G	Bisnaga	Sim													

Nistatina creme vaginal 25.000 ui/g - Bisnaga com 60g	Bisnaga	Sim				Sim		Sim	Sim				Sim		
Nitrato de prata 1% 3mL - COL	Unidade	Sim									Sim				
Nitrazepam 5mG - COMP	Comprimido	Sim													
NitroGLICERINA 5mG/1mL (Tridil) - Ampola com 10mL	Ampola	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
NitroPRUSSIATO de sódio 50mG + Diluente 2mL (Niprid) (MAV) - FA	Frasco/Ampola	Sim	Sim	Sim									Sim	Sim	Sim
NOREPinefrina 2mG/mL (Noradrenalina) (MAV) - Ampola com 4mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim				Sim			Sim	Sim	Sim
Ocitocina 5UI/mL (Syntocinon) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim		Sim			Sim		Sim		
Octreotida injetável 0,1mG/mL - Ampola com 1 mL	Ampola	Sim											Sim	Sim	Sim
Óleo Mineral - Frasco com 100ML	Frasco	Sim							Sim	Sim			Sim		
Omeprazol 20 MG - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		
Omeprazol sódico 40mg Pó solúvel + 10ml de Diluente Próprio - FA	Frasco/Ampola	Sim													

Ondansetrona 2mG/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Ondansetrona 2mG/mL - Ampola com 4mL	Ampola	Sim													
Oxacilina sódica 500mg - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim			Sim			Sim		Sim	Sim
Oximetazolina, Cloridrato de 0,5mg/mL - Frasco com 30ml	Frasco	Sim													
Óxido de zinco Material restaurador temporário - Pote com 50G	Unidade	Sim			Sim										
Pancurônio 2mg/ml - Ampola com 2ml	Ampola	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Pantoprazol 40 Mg - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim		Sim	Sim	Sim			Sim		
Paracetamol 500mg - COMP	Comprimido	Sim													
Paracetamol 750mg - COMP	Comprimido	Sim						Sim	Sim	Sim	Sim				
Paracetamol 200MG/ML - Frasco com 15 mL	Frasco	Sim													
Paramonoclorofenol Canforado - Material para desinfecçao de canal radicular - Frasco com 20mL	Frasco	Sim			Sim										
Pasta para tratamento e prevenção de	Frasco	Sim			Sim										

alveolites - Frasco com 10mL															
Pasta d'agua com enxofre - Bisnaga com 30G	Bisnaga	Sim													
Película protetora spray 28 ml (cavilon) - Fr	Frasco	Sim													
Permetrina loção (1%) 10 mg/ml - Frasco com 60 mL	Frasco	Sim													
Permetrina loção (5%) 50 mg/ml - Frasco com 60 mL	Frasco	Sim													
Piperacilina 4G + tazobactam sódico 0,5g Pó liofilizado - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim				Sim			Sim		
Polidocanol 0,25% - Ampola com 3ml	Unidade	Sim		Sim											
Polidocanol 0,50% - Ampola com 2ml	Ampola	Sim		Sim											
Polidocanol 1% - Ampola com 2ml	Ampola	Sim		Sim											
Polidocanol 2% - Ampola com 2ml	Ampola	Sim		Sim											
Polidocanol 3% - Ampola com 2ml	Ampola	Sim		Sim											
Poliestirenossulfonato de cálcio 900mG/G (Sorcal) - Envelope com 30g	Unidade	Sim				Sim									
Polimixina B injetável 500.000UI - FA	Frasco/Ampola	Sim													

Polissulfato de mucopolissacarídeo 3mG/G pomada (Hirudoid) - Bisnaga com 40G	Bisnaga	Sim													
Polivitamínico gotas - Fr	Frasco	Sim													
PrednisoLONA 3mG/mL - Frasco com 120 ML	Frasco	Sim													
PredniSONA 20 MG - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
PredniSONA 5 MG - COMP	Comprimido	Sim													
Pilocaína 54mG + Felipressina 0.054UI (Prilonest/Citocaína 3%) - CAR	Carpule	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Prometazina 25mg (Fernegan) - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Prometazina 25mG/mL (Fernegan) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		
Propantelina 10mg/g - gel	Bisnaga	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Propofol 1% (10mG/mL) (MAV) - FA com 20ml	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Propranolol 40 mg - COMP	Comprimido	Sim								Sim					
Protamina 10mG/mL - Ampola com 5mL	Ampola	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim

Proximetacaína colírio 5% (25mg/5mL) (Anestalcon) - FR	Frasco	Sim													
QUEtiapina 100 mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Risperidona 1 mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim				Sim					
Risperidona 2 mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Risperidona solução oral 1mg/ml - Frasco com 30 mL	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Rivaroxabana 10 Mg (MAV) - Comprimido	Comprimido	Sim				Sim									
Rivaroxabana 15 Mg (MAV) - Comprimido	Comprimido	Sim													
Rivaroxabana 20 Mg (MAV) - Comprimido	Comprimido	Sim													
Rocurônio injetável 10 mg/ml - Frasco-ampola com 5 mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim			Sim				Sim	Sim	Sim
Ropivacaína 7,5mg/ml - Ampola com 20ml	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim			Sim		Sim	Sim	Sim		
Saccharomyces boulardi 100mg - CAPS	Capsula	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sais para reidratacao oral 27,9 g - Sachê	Sache	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Salbutamol aerossol 100mcg/dose - Spray 200 doses	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Salbutamol 0,5mg/1ml - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim				Sim					
Sertralina 50mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Sevoflurano - Frasco com 250 ml	Frasco	Sim				Sim			Sim			Sim	Sim	Sim	Sim
Sildenafila 50mg - COMP	Comprimido	Sim													
Sildenafila 25mg - COMP	Comprimido	Sim													
Simeticona 40mg - COMP	Comprimido	Sim								Sim	Sim		Sim		
SImeticona 75mg/mL 15ML - FR	Frasco	Sim				Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim		
Sinvastatina 20mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim			Sim	Sim			Sim		
Solução de diálise peritonial com glicose 1,5% - Bolsa com 6L	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Solução de diálise peritonial com glicose 2,5% - Bolsa com 6L	Bolsa	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Solução enema de glicerina 12% (Glicerol) 500mL - FR	Frasco	Sim				Sim	Sim			Sim			Sim		
Soro Fisiológico 0,9% sistema fechado - Frasco com 1000mL	Frasco	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Fisiológico 0,9% sistema fechado - Frasco com 100mL	Frasco	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Fisiológico 0,9% sistema fechado - Frasco com 250mL	Frasco	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Fisiológico 0,9% sistema fechado - Frasco com 500mL	Frasco	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		

Soro GlicoFisiológico sistema fechado - Frasco com 500mL	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Glicosado 10% sistema fechado - Frasco com 500mL	Frasco	Sim				Sim							Sim	Sim	Sim
Soro Glicosado 5% sistema fechado - Frasco com 100mL	Frasco	Sim				Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Glicosado 5% sistema fechado - Frasco com 250mL	Frasco	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Glicosado 5% sistema fechado - Frasco com 500mL	Frasco	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Soro Glicosado 5% sistema fechado - Frasco com 1000mL	Frasco	Sim				Sim		Sim	Sim	Sim			Sim		
Soro Ringer Lactato sistema fechado - Frasco com 500mL	Frasco	Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Soro Ringer Simples sistema fechado - Frasco com 500mL	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Subgalato de bismuto - Sachê com 5G	Saco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sugamadex sódico injetável 100mG/mL - Frasco-ampola com 2mL	Frasco/Ampola	Sim		Sim											
SulfADIAZINA 500mg - COMP	Comprimido	Sim													
SulfADIAZINA Prata 100mg/G Creme	Bisnaga	Sim				Sim	Sim		Sim	Sim			Sim		

Dermatológico - Bisnaga com 30G															
SulfADIAZINA Prata 100mg/G Creme Dermatológico - Pote com 400G	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sulfametoxazol 400mg + trimetorima 80mg - COMP	Comprimido	Sim						Sim	Sim				Sim		
Sulfato de Bario Suspensão oral 100% - Copo com 150ml	Unidade	Sim													
Sulfato de Magnésio 10% 10ml - FLAC	Flaconete	Sim				Sim	Sim			Sim					
Sulfato de magnésio 50% 10 mL (MAV) - FLAC	Flaconete	Sim					Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim
Sulfato ferroso 300mG - COMP	Comprimido	Sim						Sim			Sim		Sim		
Sulfato ferroso solução oral 25mG/mL - Frasco com 30mL	Frasco	Sim												Sim	Sim
SUFentanila 5mcg/mL - Ampola com 2mL	Ampola	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Supositório de Glicerina Granado Infantil - Und	Dragea	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Suxametônio 100mg - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Suxametônio 500mg - FA	Frasco/Ampola	NP				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tenoxicam 20mg - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Tenoxicam 20mg - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Terbutalina 0,5mG/1mL (MAV) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim	Sim			Sim			Sim		
Tetracaína,Cloridrato de 10mg/ml + Fenilefrina 1mg/ml (Anestésico colírio) - Frasco com 10 ml	Frasco	Sim													
Tiamina 100mG/mL Vitamina B1 - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim				Sim					
Tiamina 300mG - COMP	Comprimido	Sim													
Tiopental sódico injetável 1G - FA	Frasco/Ampola	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tobramicina colírio 3 mg/ml - Frasco com 5 ml	Frasco	Sim											Sim		
Topiramato 50mg - COMP	Unidade	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Toxina botulínica 100U Tipo A - FA	Frasco/Ampola	NP				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tramadol 50mg/ml (MAV) - Ampola com 2mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Tramadol 50mg/ml - Ampola com 1mL	Ampola	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tramadol 50mg - COMP	Unidade	Sim													
Triancinolona 1mG/G pomada orobase - Bisnaga com 10G	Bisnaga	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Tropicamida 1% (10mG/mL) - Frasco com 5mL	Frasco	Sim												Sim	Sim
Vancomicina 500mg - FA	Frasco/Ampola	Sim				Sim			Sim	Sim		Sim	Sim		
Varfarina 5MG (MAV) - COMP	Comprimido	Sim													
Vaselina Sólida - Bisnaga com 15g	Bisnaga	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
VASopressina 20UI/mL (MAV) - Ampola com 1mL	Ampola	Sim		Sim									Sim	Sim	Sim
Vigabatrina 500mG - COMP	Comprimido	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vitamina A 50.000 U.I/ml + Vitamina D 10.000 U.I/ml (Ad-Til) - Solução Oral 20ml	Frasco	Sim													
Vitamina D + Óxido de zinco pomada H(ipoglós) - Bisnaga com 45g	Bisnaga	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vitamina D 2.000UI - Frasco com 20 ML	Frasco	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

12. HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Manual	Qualidade	
Título	Manual de Compras e Avaliação de Fornecedores	Data de emissão: 01/09/2023 Versão: 00	Data de revisão: 01/09/2025

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ, COREN/SP Nº 72.941, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

ALESSANDRA TARQUINIO ROSSI BUDZISZ
CPF/MF Nº 151.866.708-20

Página de assinaturas

Alessandra Budzisz
151.866.708-20
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:31:14 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

11 out 2024 15:07:42 — **Alessandra Tarquinio Rossi Budzisz** *(Email: aletrossi@gmail.com, CPF: 151.866.708-20)* visualizou este documento por meio do IP 186.220.25.141 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

11 out 2024 15:07:45 — **Alessandra Tarquinio Rossi Budzisz** *(Email: aletrossi@gmail.com, CPF: 151.866.708-20)* assinou este documento por meio do IP 186.220.25.141 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 5481d71c8ce263b9cf74c67814151a3f9e2ab867ff6e9b8e7f8a8ea1eb920b7
https://valida.ae/3a29a67ccff4bea14a569a5ab18455b9086b229162b67fbf2

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

GABRIEL CORREA PARREIRA inscrito no COREN-GO, 689855, RG; 4845148/SSP/GO, CPF: 025.234.251-81, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

GABRIEL CORREA PARREIRA
RG 4845148/SSP/GO

Página de assinaturas

Gabri Corrêa
025.234.251-81
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:39:11 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

11 out 2024 15:08:04 — **Gabri Corrêa** *(Email: gabricopa@gmail.com, CPF: 025.234.251-81)* visualizou este documento por meio do IP 45.160.84.143 localizado em Aracaju - Sergipe - Brazil

11 out 2024 15:08:13 — **Gabri Corrêa** *(Email: gabricopa@gmail.com, CPF: 025.234.251-81)* assinou este documento por meio do IP 45.160.84.143 localizado em Aracaju - Sergipe - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 5ee1c4ce370b68231bdd81a3b794d57c9ba22b8aa1f22479bfc673bc32be907f
https://valida.ae/2ad9610128eb8685c49a3b60219b7ab4dd098c28cf57580a1

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

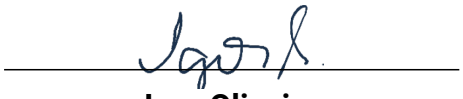
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA, brasileiro, portador do RG nº 40.668.315-3 e do CPF/MF nº 230.095.288-25, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

IGOR SANCHES DE OLIVEIRA
RG nº 40.668.315-3

Página de assinaturas



Igor Oliveira
230.095.288-25
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:46:53 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

12 out 2024 14:56:05 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* visualizou este documento por meio do IP 179.125.147.170 localizado em Campinas - São Paulo - Brazil

12 out 2024 14:56:07 — **Igor Sanches de Oliveira** *(Email: igorconsultoria@hotmail.com, CPF: 230.095.288-25)* assinou este documento por meio do IP 179.125.147.170 localizado em Campinas - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original fd0beb387fff7a7303644 4ab64df6036ceeb6d9ff43f5c3e1b6c93db896a56cb
https://valida.ae/59c71b8a375fbf7ee193ff5ec0737ebb72cee390be23a2004

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

KEYLLA JULIANE DA SILVA REZENDE
RG Nº 42.266.537-X SSP-SP

Página de assinaturas

Keylla Rezende
320.577.198-20
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:49:53 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

13 out 2024 21:21:15 — **Keylla Juliane Da Silva Rezende** *(Email: kjuliane@live.com, CPF: 320.577.198-20)* visualizou este documento por meio do IP 187.122.61.221 localizado em Osasco - São Paulo - Brazil

13 out 2024 21:21:22 — **Keylla Juliane Da Silva Rezende** *(Email: kjuliane@live.com, CPF: 320.577.198-20)* assinou este documento por meio do IP 187.122.61.221 localizado em Osasco - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 4d3bfb9a997a0e1ab9913bf5e70bdb8def02e6d7f13be3ac825f8fd0a5753bb5
https://valida.ae/d6255cea1d8c66f7e731b19a8fb3ee93f40679707637c59f7

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

MELINA MARIA SALES COSTA, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

MELINA MARIA SALES COSTA
RG Nº 3930240/SPTC-GO

Página de assinaturas

Melina Costa
005.958.491-21
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:52:12 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

14 out 2024 07:45:45 — **Melina Maria Sales Costa** *(Email: costamelina21@gmail.com, CPF: 005.958.491-21)* visualizou este documento por meio do IP 177.135.176.11 localizado em Recife - Pernambuco - Brazil

14 out 2024 07:45:50 — **Melina Maria Sales Costa** *(Email: costamelina21@gmail.com, CPF: 005.958.491-21)* assinou este documento por meio do IP 177.135.176.11 localizado em Recife - Pernambuco - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 691cef2b8e9d5795a3fd158885a9d0611379f7247946c9b52154e5ae14b155aa
https://valida.ae/00ead198d593fff4a6b8ed03adf8143623480ea98f95decec

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

RODRIGO DE MORAIS NAVARRO GONÇALVES SILVA, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

RODRIGO DE MORAIS NAVARRO GONÇALVES SILVA
CRM Nº 200.125

Página de assinaturas

Rodrigo silva
381.759.148-90
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:54:21 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

11 out 2024 19:09:36 — **Rodrigo de morais navarro goncalves silva** *(Email: rodrinav45@gmail.com, CPF: 381.759.148-90)* visualizou este documento por meio do IP 187.26.166.125 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

11 out 2024 19:09:39 — **Rodrigo de morais navarro goncalves silva** *(Email: rodrinav45@gmail.com, CPF: 381.759.148-90)* assinou este documento por meio do IP 187.26.166.125 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 741e76b568832c7db9cf0cffa32dec1d16149ef7ce3d5bbcdc7666a57991dc19
https://valida.ae/12a713c53a0d908ee37aa7f1a5614fbad1067305da6cee52a

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

SERGIO PAULO PINHEIRO DER TOROSSIAN, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

SERGIO PAULO PINHEIRO DER TOROSSIAN
CRM Nº 52.429

Página de assinaturas

sergio torossian
035.840.808-35
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:56:26 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

11 out 2024 15:11:28 — **sergio paulo pinheiro der torossian** *(Email: diretormedico@bhcl.org.br, CPF: 035.840.808-35)* visualizou este documento por meio do IP 191.193.83.171 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

11 out 2024 15:12:01 — **sergio paulo pinheiro der torossian** *(Email: diretormedico@bhcl.org.br, CPF: 035.840.808-35)* assinou este documento por meio do IP 191.193.83.171 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 80f3beb910b989d7c1612234b9fc600f94b9682a2f336f14292db5894608ee8f
https://valida.ae/feb8383c36a160bb512ec67d57b7aaa55883e77dce90e42ac

CNPJ 50.351.626/0001-10
Avenida São Paulo, 340 - Vila Brasil
CEP. 18.285-000- Cesário Lange - SP
Tel. +55 (15) 3246-1410
contato@bhcl.org.br

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E INTERESSE

THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO, vem, por meio da presente, **DECLARAR** seu compromisso com a entidade BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE, inscrita no CNPJ n. 50.351.626/0001-10 e **MANIFESTAR** seu interesse na assunção de futuro cargo de membro da diretoria da(s) unidade(s) objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis de Goiás.

Cesário Lange, 10 de outubro de 2024.

THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO
RG Nº 5806237/SSP-GO

Página de assinaturas

Thais Carvalho
046.334.041-80
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 14:58:50 — **Solange Cardozo da Silva** criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)

11 out 2024 15:05:14 — **Thais Cristina Bueno De Carvalho** *(Email: thaiscristinabcarvalho@hotmail.com, CPF: 046.334.041-80)* visualizou este documento por meio do IP 177.67.104.150 localizado em Niquelândia - Goiás - Brazil

11 out 2024 15:05:16 — **Thais Cristina Bueno De Carvalho** *(Email: thaiscristinabcarvalho@hotmail.com, CPF: 046.334.041-80)* assinou este documento por meio do IP 177.67.104.150 localizado em Niquelândia - Goiás - Brazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 0710c8872c2d9e4fe4f98dffca3841e24c44d6ab0d4ed484569fc312baf30c4
https://valida.ae/e831c05dbfc743672aafae2cb560a390b24a89b366c94cde0

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

AVENIDA SÃO PAULO, 340 – VILA BRASIL – FONE (0XX15) 3246-1410 – CEP 18.285-000 – CESÁRIO LANGE-SP

Manual Corporativo

Código de Integridade Ética e Compliance

SUMÁRIO

COLABORADOR 3

1. INTRODUÇÃO 4

2. AMBIENTE DE TRABALHO 5

3. GOVERNANÇA AMBIENTAL, SOCIAL E CORPORATIVA 5

4. RELACIONAMENTO E CONDUTA ÉTICA NOS RELACIONAMENTOS E LOCAL DE TRABALHO 6

5. PRIVACIDADE E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO 8

6. COMUNICAÇÃO COM A IMPRENSA 9

7. MÍDIAS SOCIAIS, USO DE INTERNET E E-MAIL CORPORATIVO 10

8. CONTROLES INTERNOS E PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS 10

9. CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INTERNO 11

10. REGRAS E PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE NO RELACIONAMENTO COM PARCEIROS E TERCEIROS 11

11. INTEGRIDADE NO PROCESSO DE COMPRA 13

12. FATURAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS 13

13. CANAIS DE COMUNICAÇÃO E DÚVIDAS 14

14. TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO DOS COLABORADORES 15

Colaborador

Todos nós temos uma responsabilidade que vai além de realizar satisfatoriamente nossas atividades e ser eficiente no atendimento ao paciente. Não importa sua função dentro da empresa, o comportamento ético, as ações íntegras e verdadeiras e o respeito pela comunidade e diversidade é como deixará sua marca.

A área da saúde tem permanecido por muitas vezes estagnada, porém o movimento para a mudança está se intensificando, e com a ampliação das formas de se comunicar e a evolução da tecnologia, vem nos convidando a repensar os valores na interação com o outro. E por isso é importante que os fundamentos éticos que permeiam as relações e interações sejam constantemente renovados.

Na nossa maneira de pensar, enquanto Organização Social, o alicerce (que são os valores) é nosso, mas a construção é sua, pois é sua atitude individual, suas ações íntegras e seu comportamento ético que fará a diferença na sua jornada dentro da empresa. Seu comportamento diz muito sobre você. Por isso, opte sempre por estabelecer relações autênticas e demonstrar ser alguém em que os outros podem confiar.

E para ajudar os nossos profissionais a experenciarem as diretrizes para a conduta ética, a BHCL construiu este manual com o Código de Integridade Ética e Compliance.

Os objetivos deste Manual são de estruturar nosso compromisso com a integridade e a ética, a construção de confiança e propiciar um ambiente de trabalho saudável e sustentável.

1. Introdução

Com o comprometimento e responsabilidade corporativa, a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange – BHCL, tem como principal objetivo, a construção de confiança com os colaboradores e parceiros.

Esse momento se inicia pelo nosso Código de Ética, elaborado e estruturado pelas normas que refletem nossos valores, nossa missão e cultura, cujo objetivo é manter uma convivência pautada na integridade, transparência e política de boas condutas.

MISSÃO	VISÃO
Proporcionar à população serviços e soluções de excelência	Ser referência regional pela liderança e serviços em saúde

VALORES

Transparência: Tornamos visível e compreensível nossa atividade e processos de tomada de decisões.

Humanização: respeito e valorização da pessoa e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

Foco nos Resultados: direcionamos energia para alcançar nossos objetivos, estabelecendo prioridades **e** definindo metas.

Valorização dos Recursos Humanos: preconizamos a inclusão, a diversidade torna o ambiente rico em aprendizados e focamos no desenvolvimento pessoal e profissional.

2. Ambiente de Trabalho

A BHCL busca proporcionar que o local de trabalho seja seguro, protegendo os colaboradores adotando ações na prevenção dos riscos associados à cada profissão. E espera que todos os profissionais informem qualquer transgressão às normas de segurança.

Respeito e dignidade é premissa no trato com os outros, e não será tolerada nenhuma forma de discriminação, abuso ou assédio no ambiente de trabalho.

3. Governança Ambiental, Social e Corporativa

Diz respeito ao compromisso da BHCL com o planeta e com as pessoas e às boas práticas de sustentabilidade adotadas.

- Valorizar a diversidade e promover a inclusão, criando ambiente propício e acolhedor, adotando estratégias garantindo um espaço seguro e com condições iguais de desenvolvimento.

- Utilizar produtos e/ou consumir serviços de fornecedores que sejam socialmente responsáveis, e tenha um olhar sistêmico sobre o ciclo de vida do produto dentro da cadeia de fornecimento-consumo e adotem a logística reversa.

- Adotar o plano de gestão dos resíduos e garantir a sua destinação adequada.

- Repensar hábitos de consumo, reduzir a geração de resíduos, reutilizar aumentando a vida útil dos produtos e reciclar.

- Promover o gerenciamento de resíduos eficiente, para quando não for possível adotar as ações acima e efetuar o descarte adequado e seguro.

- Manter um canal de ética e transparência do desempenho da empresa.

- Proteger a propriedade intelectual da BHCL e documentos confidenciais – cada documento elaborado por algum profissional é de propriedade da BHCL, e é terminantemente proibido divulgar ou compartilhar.

4. Relacionamento e Conduta Ética nos Relacionamentos e Local de Trabalho

A BHCL deseja que o tratamento entre todos os colaboradores, prestadores de serviço, fornecedores e ente público seja respeitoso e sem discriminação. No ambiente de trabalho deve prevalecer a harmonia, trabalho em equipe e integração.

Você deve:

1) Comportar-se com honestidade e tratar a todos, independente da ocupação, com respeito e igualdade, sem alterar o tom de voz;
2) Ser ético e ao ouvir deboches ou fofocas relativas à raça e/ou orientação sexual, comunicar à liderança imediata e denunciar o ato;
3) Usar e armazenar os materiais e equipamentos de maneira adequada e correta;
4) Conservar os equipamentos e estrutura da unidade, de maneira a preservá-los e garantir sua vida útil;
5) Avaliar seu comportamento no ambiente de trabalho e ações, analisando se vier a público, pode trazer constrangimento aos envolvidos ou causar dano financeiro à BHCL;
6) Cuidar da imagem da instituição é cuidar da sua imagem profissional.
7) Estar sempre uniformizado, conforme orientações do Manual do Colaborador e da NR 32;
8) A BHCL entende que é possível errar nas tarefas diárias, mas não permite que assuma a responsabilidade sozinho, sendo obrigatório comunicar o erro à liderança imediata.

Você não deve:

1) Discriminar, qualquer pessoa, por posição hierárquica, raça, cor, orientação sexual, nacionalidade, preferências políticas e/ou expressão de gênero;

2) Intimidar ou ameaçar, assediar moralmente ou sexualmente, praticar violência verbal, física ou psicológica, omitir informações essenciais, subornar ou insultar, entre outros comportamentos, direta ou indiretamente;

3) Usar o celular pessoal durante o horário de trabalho e na assistência ao paciente;

4) Aceitar presentes ou gratificação de qualquer tipo, incluindo em dinheiro, ou convites para eventos de entretenimento. Brindes de valor simbólico e caráter promocional (como caneta, boton etc.) e distribuídos em eventos da unidade ou a título de propaganda podem ser aceitos.

5) Usar roupas que não sejam o uniforme dentro do ambiente de trabalho ou o uniforme quando não estiver a serviço da unidade;

6) Aproveitar-se do cargo ou posição hierárquica para obter favores ou benefícios pessoais;

7) Vender ou comercializar produtos ou serviços próprios ou de terceiros, nos horários de trabalho ou dentro das Instalações da unidade, salvo em casos de parceria com a BHCL.

Relacionamento Afetivo

1) A BHCL não é contrária à admissão de parentes ou alguém que mantenha relacionamento amoroso com colaborador da unidade, desde que o candidato não esteja concorrendo a uma vaga no mesmo setor e/ou horário de trabalho, que seja de subordinação hierárquica direta e que a existência da relação seja comunicada. Sendo que a atitude contrária à essas determinações podem sugerir influência nos termos ou nas condições da relação do trabalho;

2) Não será permitida a contratação de pessoas que tenham parentesco ou relacionamento amoroso sem cumprir todas as etapas do processo seletivo ou que não tenha atingido os critérios mínimos para passar para a próxima etapa;

3) Para manter o compromisso de respeito e transparência aqui firmados, solicitamos que o início de relacionamento afetivo entre colaboradores seja comunicado à sua liderança imediata. A BHCL não se opõe a qualquer tipo de

união afetiva, mas entende que se o fato não for divulgado conforme orientação apresentada acima pode ocasionar interpretações indevidas e condutas não alinhadas às determinações da empresa aqui dispostas;
4) A prática de condutas impróprias ao ambiente de trabalho é inadmissível, pois pode interferir no andamento normal das rotinas de trabalho e prejudicar a qualidade da assistência colocando em risco a segurança do colaborador e paciente.

Lembretes:
O caminho mais adequado é aquele ditado pelo **bom-senso** e informação. Na dúvida, procure seu líder.

Ter respeito significa entender que há diferenças entre você e as outras pessoas e, portanto, é necessário ter limites e sabedoria ao lidar com todos. Portanto sempre que for falar algo, pense se isso pode ofender alguém, por exemplo.

5. Privacidade e Segurança da Informação

A segurança da informação é formada por um triângulo que garante a tratativa dos dados.

- Confidencialidade significa que apenas um grupo restrito de pessoas terá acesso àquelas informações.
- Integridade assegura que nenhuma modificação será realizada nas informações, por pessoas não autorizadas
- Disponibilidade diz respeito aos dados estarem acessíveis e utilizáveis sob demanda por uma entidade autorizada.

São exemplos de dados confidenciais: informações pessoais dos colaboradores e pacientes, contratos, conhecimento e experiência da BHCL, documentos internos.

A quebra da confidencialidade acontece quando esses dados são divulgados ou utilizados em benefício próprio ou de terceiros, sem a prévia autorização da empresa.

Com base na lei geral de proteção de dados, lei n° 13.709/18 e suas atualizações, a proteção se estende aos dados de pacientes e funcionários da instituição, sendo que estes só podem ser utilizados com autorização prévia.

Sendo assim é **terminantemente proibida** a utilização e/ou divulgação de qualquer informação, documento, assunto e atividades da BHCL, sem seu consentimento prévio, bem como o compartilhamento de senhas de acesso pessoal, sendo estas intransferíveis.

Faz parte da política da empresa exigir que todos os colaboradores mantenham a total confidencialidade das informações dos pacientes e sobre outros colaboradores, com as seguintes exceções:

- Informações que digam respeito a atividades ilegais,
- Informações cuja divulgação seja obrigatória por Lei, ou
- Informações cuja divulgação seja autorizada pelo paciente, colaborador, ente público ou parceiro.

Qualquer atitude contrária, será considerada uma violação às diretrizes descritas neste manual.

6. Comunicação com a Imprensa

Qualquer declaração ou divulgação sobre a BHCL e unidades sob sua gestão serão realizadas pela Assessoria de Imprensa e com autorização da Diretoria.
A BHCL garante que as informações divulgadas sejam completas e atualizadas, promovendo um diálogo aberto e ético com o interlocutor.

7. Mídias Sociais, Uso de Internet e E-mail Corporativo

A BHCL entende que a tecnologia é de grande importância para o desenvolvimento profissional e para garantir o uso com responsabilidade e ética desses canais, a BHCL define as seguintes orientações para os colaboradores:

- Não divulgar gravações ou conteúdos internos, que não tenham sido autorizados pela BHCL, ou emitir opinião pessoal dando a entender que é opinião da empresa.
- Não divulgar fotos, vídeos ou informações de pacientes, colaboradores ou parceiros da BHCL.
- Não é permitido utilizar o e-mail profissional, ou qualquer outro canal de comunicação, para troca de mensagens pessoais.
- Não é permitido utilizar as redes sociais nos dispositivos da empresa, e o uso da internet será restrito a sites de interesse profissional.
- A Assessoria de Imprensa é a única área permitida a falar em nome da BHCL e unidades sob sua gestão, bem como usar sua marca e imagem.

O e-mail corporativo é de propriedade da BHCL e seu uso é para interação com os demais setores e departamentos. A privacidade das informações trocadas seguirá o previsto na legislação.

8. Controles Internos e Procedimentos Contábeis

O controle interno da BHCL tem como objetivo realizar o mapeamento dos riscos e prováveis riscos, avaliando e gerenciando, e minimizando o impacto para profissionais e pacientes, em como nas suas atividades.

Todos os registros contábeis financeiros são realizados de forma precisa e completa, com informações fidedignas. O controle interno garante que os relatórios e demonstrações financeiras sejam confiáveis.

No que tange a destruição de documentos, será realizada respeitando os prazos legais de acordo com a categoria. É vedada a destruição de qualquer documento fora dos canais oficiais.

Os profissionais, sejam do Corporativo ou lotados nas unidades gerenciadas pela BHCL, devem colaborar com as auditorias, sejam elas internas ou externas.

9. Capacitação e Desenvolvimento Interno

Além dos Manuais, Códigos Internos e Políticas, a BHCL mantém uma rotina de capacitações internas, visando a atualização, aprimoramento e desenvolvimento profissional.

A capacitação é necessária para que os profissionais se mantenham atualizados e conheçam as normas contidas nos manuais e as leis aplicáveis. A periodicidade é definida de acordo com o setor de trabalho e o tema, material, carga horária e cronograma anual serão definidos pelo Setor de Educação Permanente e Núcleo de Educação Permanente Corporativo.

Uma cópia deste Manual será entregue a cada colaborador, e terão acesso a todas as políticas internas, inclusive o Código de Ética Corporativo e Política de Gestão de Risco, e sempre que estes documentos forem modificados.

Mediante o recebimento deste Manual, o Colaborador deverá confirmar que leu, entendeu e cumpre com os termos deste Manual sobre o Código de Integridade Ética e Compliance e das Políticas Internas recebidas, assinando o termo de adesão contido ao final deste manual.

10. Regras e Procedimentos para Administração de Conflitos de Interesse no relacionamento com parceiros e terceiros

Configura-se conflito de interesse quando, por conta de um interesse próprio, um funcionário pode ser influenciado a agir contra os princípios da empresa,

tomando uma decisão inapropriada e/ou antiética ou deixando de cumprir alguma de suas responsabilidades profissionais. São situações em que o julgamento e/ou atitude da pessoa não esteja imparcial em favor de outros interesses, prejudicando o interesse organizacional.

Uma situação de conflito de interesse em potencial não significa que a atitude do funcionário foi imprópria ou antiética, entretanto a empresa precisa estar alerta aos casos do dia a dia, para se precaver e evitar a sua ocorrência na prática.

A seguir apontamos algumas situações que podem gerar conflito de interesse.

- Fazer uso de recursos e/ou informações privilegiadas da unidade ou corporativo da BHCL em benefício próprio ou de terceiros ou para ganho indireto.
- Fazer uso do tempo que deveria ser dedicado ao trabalho na BHCL ou unidades para fins pessoais.
- Manter ou firmar relação societária ou familiar com fornecedores ou concorrentes, ou influenciar a contratação de funcionários que sejam familiares.
- Não será permitida a relação de subordinação entre funcionários que tenham vínculo familiar. Neste caso deve ser informado ao RH.

11. Integridade no Processo de Compra

A BHCL espera que seus fornecedores e prestadores de serviço estejam alinhados com os valores éticos descritos neste manual.

O relacionamento deve ser profissional e limitado à unidade, e o contato pessoal deve ser evitado. As condições para o fornecimento de produtos e/ou prestação de serviços devem sempre estar descritas em contrato e formalmente assinado.

Relacionamentos extraprofissionais

1) É dever do colaborador comunicar à sua liderança imediata, a existência de relacionamento profissional ou amoroso ou grau de parentesco com fornecedores, prestadores de serviços, agentes públicos ou concorrentes da BHCL;

2) É dever do colaborador comunicar à sua liderança imediata, a sua participação societária, independente do grau, do objeto (incluindo agregados), em empresa que seja contratada para fornecer ou prestar serviços, em qualquer unidade sob gestão da BHCL, e concorrentes, sendo que referida comunicação deverá se dar no momento do processo de compra, sob pena de nulidade e consequente extinção do contrato firmado sem qualquer ônus para a BHCL.

12. Faturamento e Prestação de Contas

O faturamento é realizado com base na legislação vigente e nos contratos firmados entre a BHCL e o ente público. O processo é realizado com transparência e são mantidos todos os registros necessários para a prestação de contas.

Cabe aos colaboradores cuidarem para que as informações sejam íntegras e fidedignas.

13. Canais de Comunicação e Dúvidas

Comitê de Ética e Compliance Corporativo

e-mail:

Recursos Humanos

Da sua unidade de saúde

Departamento Jurídico

e-mail:

14. Termo de Adesão e Compromisso dos Colaboradores

Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____ e ID profissional _____, contratado para o cargo de _____ , declaro que recebi, nesta data, cópia do Código de Integridade Ética e Compliance (“Manual”), li e compreendi todos os seus termos e condições descritos, não me restando qualquer dúvida com relação às minhas obrigações e deveres nos termos do Manual.

Nestes termos, me comprometo, por meio da assinatura deste Termo de Adesão, a cumprir com todas as regras e procedimentos descritos no Manual, permanecendo responsável pelo descumprimento de qualquer obrigação prevista no Manual, por ação ou omissão.

_____, _____ de _____ de 202___

_____

Assinatura

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

1210

PLANO DE
CARGOS E SALÁRIOS

APRESENTAÇÃO 3

1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL 5

2. ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE CARGOS. 9

2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS 9
2.3 DESCRIÇÃO DE CARGOS 16

3. POLÍTICA 114

3.1 OBJETIVO 114
3.2 ABRANGÊNCIA 114
3.3 DIRETRIZES 114
3.3.1 CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS 114
3.3.2 SALÁRIOS NORMATIZADOS POR LEI 116
3.3.3 FAIXA SALARIAL 116
3.3.4 VALOR SALARIAL SUPERIOR AO ESTABELECIDO 116
3.3.5 APROVAÇÕES DE ALTERAÇÃO SALARIAL 116
3.3.6 PROMOÇÃO 117
3.3.7 APROVAÇÃO DE VAGAS 121
3.3.8 JORNADA DE TRABALHO 121
3.4 BENEFÍCIOS 121
3.5 AVALIAÇÃO DE CARGOS 121
3.5.1 CICLO DE REVISÃO SALARIAL 121
3.5.2 ELEGIBILIDADE 121
3.6 DISPOSIÇÕES GERAIS 122

4. CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS 122

4.1 CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS 122
4.2 TABELA DE PROGRESSÃO DE CARGOS (PERCENTUAL) 123
4.3 DESCRIÇÃO DOS ESTÁGIOS POR CATEGORIA 125

5. GLOSSÁRIO 126

7. HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÃO 129

APRESENTAÇÃO

A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL, tem por finalidade, apresentar e detalhar os cargos hoje existentes, estrutura neste documento o Plano de Cargos e Salários, doravante denominado PCS.

O PCS caracteriza-se como um instrumento de organização e normatização das relações de trabalho entre a BHCL e seus colaboradores, além de contribuir para a política de recursos humanos já existente na BHCL, estendido para todos as unidades de saúde sob sua gestão.

Sustentado teoricamente no conjunto de premissas descritas a seguir, disponibiliza uma série de alternativas que permitem ao gestor administrar os recursos humanos de forma competitiva, valorizando o conhecimento, a competência e o desempenho da força de trabalho.

Um plano de cargos e salários constitui-se em instrumento relevante de gestão e deve contemplar princípios fundamentais, como flexibilidade, mobilidade funcional, motivação profissional e racionalidade administrativa, que promovam o estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional, propiciem oportunidades de progressão funcional com possibilidade de desempenho de atividades em diversas áreas, atendendo a níveis de proficiência técnica requeridos pela organização.

A BHCL como organização dotada de personalidade jurídica, tendo como uma de suas finalidades zelar pela ética e disciplina no exercício das profissões por ele regulamentadas, necessita de ferramentas consistentes para gerir seus recursos humanos, não só voltadas ao atendimento dos requisitos legais, mas, fundamentalmente, para integrar suas atividades e ampliar a produtividade, dentro de uma visão de prestação de serviço de interesse público, tornando o processo decisório mais eficaz.

Neste sentido, tornou-se necessário analisar a aplicação que vem sendo feita nas unidades de saúde sob sua gestão, a partir da implementação do Plano de Cargos, Salários e Benefícios, bem como as Normativas de Pessoal, com as seguintes características:

A- Cargos amplos e enriquecidos, delineados a partir de atividades características de subsistemas e processos típicos da área da saúde, englobando grande número de funções afins, estruturadas em carreiras, segundo a maturidade e competências necessárias;

B- Descrições e Especificações componentes do cargo com o objetivo de definir as relações de competência, de atribuições e de requisitos necessários para o desempenho das atividades em qualquer unidade de saúde;

C- Conjunto de procedimentos que tem por objetivo regulamentar e disciplinar o processo de progressão funcional.

Com isso, a responsabilidade para a elaboração do Plano de Cargos e Salários é do setor de Recursos Humanos, cujo objetivo é de avaliar a estrutura organizacional de cada área, dos Cargos e Salários com base nas atribuições, responsabilidades e formação exigidas para o cargo.

Também como as avaliações relativas a:

- ✓ Novo Cargo
- ✓ Mudança de Cargo (com mesmo salário)
- ✓ Promoção
- ✓ Transferência entre Áreas/Setores/Unidades
- ✓ Pesquisa de Mercado
- ✓ Reajustes salariais

As avaliações serão com base em pesquisas de mercado, coerência da estrutura existente na organização, considerando o perfil exigido para cada cargo e equiparando-se entre as áreas, porém, respeitando a especificidade de cada uma.

A equiparação será relacionada ao tempo de experiência, formação, conhecimento técnico exigidos para classificar os níveis, como médio, técnico, superior e líder, por exemplo.

A BHCL é uma Organização Social, sem fins lucrativos e por esse motivo é necessário incrementar a capacidade de resposta rápida e eficiente tanto à conjuntura externa quanto à contingência interna, não havendo espaço para engessamento ou restrições de operação, diante de qualquer situação.

1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

a) Setor de Recursos Humanos

Tem como objetivo:

- ✓ Estabelecer política salarial com base nos fatores internos correlacionados a valores de mercado e elaborar normas que assegurem um tratamento equitativo;
- ✓ Determinar estruturas salariais capazes de reter seus profissionais e de atrair empregados para atividades específicas;
- ✓ Elaborar perfis de cargos que representem efetivamente a atual estrutura organizacional da empresa, mas já sinalizando a evolução desejada do perfil dos cargos, e propiciando análises para seu uso;
- ✓ Definir mais claramente as responsabilidades básicas de cada cargo na organização;
- ✓ Determinar os valores relativos dos cargos e estabelecer um equilíbrio interno sem distorções salariais, de acordo com as referências de mercado;
- ✓ Otimizar a estrutura organizacional;
- ✓ Servir de base para evolução qualitativa dos profissionais.

b) Estrutura Organizacional (Organograma)

O organograma projeta de maneira formal os relacionamentos entre os níveis hierárquicos, o fluxo das informações e dos processos decisórios, com a intenção de apresentar graficamente a estrutura organizacional da empresa.

Nele são demonstradas as funções, a hierarquia e a relação de cada membro em relação à organização, facilitando a tomada de decisões.

c) Estrutura de Cargos

A definição da estrutura dos cargos tem por finalidade a divisão de responsabilidades e a atribuição de papéis relativos à execução das atividades inerentes àquela categoria, e necessárias à obtenção dos objetivos da empresa.

d) Descrição de Cargos

A descrição de cargos é um documento escrito que determina um cargo a partir dos deveres, condições de trabalho, responsabilidades e especificações. Sendo assim, a descrição dos cargos baseia-se em padronizar as características de um cargo. Detalha as principais exigências do cargo, para que suas tarefas sejam realizadas com eficiência e eficácia e cumprimento de suas responsabilidades.

A descrição refere-se ao cargo e não ao ocupante, sendo que a descrição deve conter as tarefas e requisitos **do cargo**.

Da Elaboração:

O setor de Recursos Humanos fica responsável pela elaboração preliminar das descrições de cargos.

Da Revisão:

A descrição é então submetida aos superiores hierárquicos para revisão.

Da Aprovação:

Depois de revisada, a descrição é encaminhada para aprovação dos Gestores da área e Diretoria.

O documento de descrição de cargo deve estar assinado por todos envolvidos.

e) Avaliação das Competências para os Cargos

Competências – É o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando utilizados estrategicamente, permite atingir os resultados que são esperados na Instituição.

Após a validação das descrições de cargos, são validadas as competências correspondentes a cada cargo.

f) Avaliação de Cargos e Estrutura

A avaliação dos cargos existe para que se possa entender, o nível de complexidade e responsabilidade das funções existentes, com base na descrição elaborada e, consequentemente, compará-lo aos demais cargos da estrutura.

Objetivos a serem atendidos pela avaliação de cargo:

- ✓ Estabelecer uma estrutura de valores relativos para os cargos;
- ✓ Proporcionar estrutura de cargos clara, das qualidades requeridas e das oportunidades que podem ser oferecidas;
- ✓ Avaliação e classificação dos cargos;
- ✓ Descrição dos cargos;
- ✓ Construção do organograma dos Departamentos/Setores;
- ✓ Pesquisa salarial.

As etapas estão descritas a seguir.

g) Pesquisa de Cargos, Salários e Benefícios

A pesquisa de cargos, salários e benefícios é a ferramenta por meio da qual a empresa capta informações no mercado, relativas a cargos, salários, benefícios e políticas de remuneração praticadas.

A pesquisa de salários é fundamental, pois essas informações permitem que a instituição reveja e analise o posicionamento dos seus salários e benefícios com aqueles praticados pelo mercado.

O objetivo da pesquisa é conhecer os cargos praticados no mercado, além do salário-base, que adicionais, gratificações, comissões e benefícios.

h) Normas e Procedimentos

Os salários serão administrados dentro das faixas salariais de cada Classe de Cargos, conforme as seguintes normas e procedimentos:

i) Salário de Admissão

Todo empregado será admitido conforme salário estabelecido para o seu cargo, porém, excepcionalmente o salário pode ser revisto em função do grau de qualificação e experiência exigidas do candidato ou por contingência de mercado. Neste caso, o setor de Recursos Humanos enviará a avaliação, o parecer e pesquisa de mercado para readequação do salário de admissão.

j) Salários para um novo Cargo

Para se definir a faixa salarial de um novo cargo, este deverá passar pelo processo de Avaliação e Classificação, conduzida pelo setor de Recursos Humanos, com base nas atribuições, responsabilidades e formação do novo cargo.

k) Alterações Salariais

O setor de Recursos Humanos prevê as seguintes situações que poderão gerar alterações salariais:

- ✓ Fim do período de experiência
- ✓ Promoção Vertical;
- ✓ Promoção Horizontal;
- ✓ Transferência para outro cargo;
- ✓ Reclassificação do cargo.

2. ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE CARGOS.

A análise, classificação e descrição dos cargos, possibilitam uma imersão em todas as frentes de trabalho da organização, explorando fatores técnicos e comportamentais para realizar as diversas tarefas de cada função. Desta forma, é extremamente importante que o recrutamento e seleção contemplem no momento da contratação os requisitos dos cargos detalhados nas atribuições, perfis técnicos e comportamentais para que o PCS tenha efetividade.

2.1 Classificação dos Cargos

Classificação dos Cargos	
Classe	**Descrição**
Médio - M	Atividades de nível administrativo ou com habilidades específicas, que objetivam auxiliar em todas as áreas da organização
Técnico - T	Atividades de nível técnico ou administrativo, que objetivam auxiliar áreas especificas da organização de acordo com a formação.

Superior - S	Atividades que requerem conhecimento ou formação específica, que objetivam fornecer o suporte necessários nas mais variadas áreas da organização.
Líder - L	Atividades que requerem perfis, habilidades e atitudes específicas para o gerenciamento de equipes e atividades da organização, exigindo alto grau de comprometimento e confiança.

Classe	Classificação	Cargo
M	M1	Atendente de Farmácia - Balconista
		Auxiliar Administrativo
		Auxiliar Administrativo - Enfermagem
		Auxiliar Administrativo - NIR
		Auxiliar de Farmácia
		Auxiliar de Faturamento
		Auxiliar de RH
		Auxiliar de Tesouraria
		Cozinheira
		Auxiliar de Cozinha
		Copeira
		Camareira
		Auxiliar de Serviços Gerais
		Pintor
		Pedreiro
		Eletricista
		Auxiliar Geral de Manutenção
		Auxiliar de departamento Pessoal
	M2	Auxiliar Administrativo Aprendiz
		Assistente de RH

		Recepcionista
		Lactarista
		Encarregado de Hotelaria
	M3	Assistente de Compras
		Assistente de Laboratório
		Assistente de Patrimônio
		Auxiliar de Laboratório
		Almoxarife
		Assistente de Farmácia
		Auxiliar de Enfermagem
	M4	Assistente Administrativo
		Encarregado de Manutenção
		Secretária de Ala
		Motorista
		Assistente Financeiro
		Controlador de Acesso

Classe	Classificação	Cargo
T	**T1**	Técnico de Radiologia
		Técnico em Farmácia
		Técnico em Imobilização Ortopédica
		Técnico em Segurança do Trabalho
		Técnico de Enfermagem
		Técnico de Nutrição

		Técnico de Enfermagem do Trabalho
		Técnico de Informática
		Técnico de Laboratório
		Técnico em Análises Clínicas

Classe	Classificação	Cargo
S	**S1**	Biomédico
		Comprador
	S2	Psicólogo
		Enfermeiro Epidemiologista
		Enfermeiro NIR
		Enfermeiro RT
		Enfermeiro SCIH
		Enfermeiro de Qualidade
		Enfermeiro Administrativo
		Encarregado de Faturamento
		Encarregado de SAME
	S3	Ouvidor
		Analista de Projetos
		Analista de Tecnologia da Informação
		Enfermeiro Centro Cirúrgico
		Enfermeiro Obstétrico
		Enfermeiro Terapia Intensiva

		Analista de RH
		Assistente Social
		Enfermeiro
		Fonoaudiólogo
		Nutricionista
		Enfermeiro Auditor
		Farmacêutico
		Fisioterapeuta
		Analista Contábil
		Analista de Indicadores BI
		Analista Financeiro
		Analista de Controles Internos

Classe	Classificação	Cargo
L	L1	Coordenador Administrativo
		Coordenador de CCIH
		Coordenador Financeiro
		Coordenador de Enfermagem
		Coordenador de Enfermagem NIR
		Coordenador de Educação Permanente
		Coordenador de Facilities
		Coordenador de Faturamento
		Coordenador de Fisioterapia

		Coordenador NIR
		Coordenador de RH
		Coordenador de PGRSS
		Gerente Financeiro
		Gerente de Compras
		Gerente de Facilities
	L2	Supervisor Administrativo
		Supervisor de Enfermagem
		Supervisor de Ouvidoria
		Diretor Administrativo Corporativo
		Diretor Administrativo Hospitalar
		Gerente Assistencial
		Gerente de Farmácia
		Gerente de Manutenção
		Gerente de Projetos
		Gerente de RH
		Diretor Técnico Hospitalar
		Diretor de RH
		Diretor Financeiro
		Gerente Administrativo Hospitalar

2.3 Descrição de Cargos

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Almoxarife	N/A	N/A	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar a estocagem dos materiais, de forma a preservar a sua integridade física e condições de uso, de acordo com as características de cada material, bem como para facilitar a sua localização e manuseio; ✓ Manter controles dos estoques, através de registros apropriados, anotando todas as entradas e saídas, visando a facilitar a reposição e elaboração dos inventários; ✓ Solicitar reposição dos materiais, conforme necessário, de acordo com as normas de manutenção de níveis mínimos de estoque; ✓ Elaborar inventário mensal, visando a comparação com os dados dos registros; ✓ Separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários; ✓ Atender as solicitações dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais e peças solicitadas; ✓ Controlar os níveis de estoques, solicitando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política ou procedimentos estabelecidos para cada item; ✓ Supervisionar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Analista de Recursos Humanos	Recursos Humanos	Diretor (a) de Recursos Humanos	S3	Superior	2524-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior Psicologia, Administração ou afins	Desejável Especialização	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista (noções); 2. Testes psicológicos; 3. Oratória; 4. Didática; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Analisar, implantar e aplicar políticas e procedimentos de recursos humanos;
- ✓ Planejar e controlar junto a gerência da área, políticas de cargos e salários;
- ✓ Propor e implementar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal;
- ✓ Aplicar e apurar as avaliações vinculadas a área de treinamento: reação, conhecimento, eficácia etc.;
- ✓ Participar ativamente do processo de recrutamento e seleção de novos colaboradores;
- ✓ Calcular e analisar os indicadores dos diversos subsistemas de recursos humanos, apontando as melhorias necessárias para reversão de eventual resultado abaixo do esperado;
- ✓ Supervisionar e estabelecer condições para o processo de integração de novos colaboradores;
- ✓ Realizar e apresentar resultado de pesquisas sobre as tendências de mercado na área recursos humanos;
- ✓ Atuar em estreita colaboração com a gerência e colaboradores para melhorar as relações de trabalho,
- ✓ Identificar as necessidades de treinamento para equipes e indivíduos;
- ✓ Avaliar programas da área e sugerir novas estratégias de gestão de pessoas;
- ✓ Apoiar e atuar em ações de endomarketing e gestão do clima organizacional;
- ✓ Dar apoio nos processos de admissão e demissão, conforme procedimentos estabelecidos pela organização;
- ✓ Atuar nos subsistemas de recursos humanos implementando políticas, procedimentos e melhorias, conforme necessidade;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Analista Financeiro	Financeiro	Diretor (a) Financeiro	S3	Superior	2525-45

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior Administração, Economia ou afins	Desejável Especialização	02 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Matemática financeira; 2. Gestão de custos; 3. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Visão sistêmica; 4. Foco no resultado; 5. Ética e honestidade; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Internet; 3. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Processar contas a pagar e a receber;
- ✓ Analisar e controlar custos, gastos e despesas;
- ✓ Controlar pagamentos de impostos;
- ✓ Realizar o faturamento de clientes;
- ✓ Controlar o pagamento de fornecedores;
- ✓ Analisar operações financeiras da organização;
- ✓ Gerenciar a coleta de dados de faturamento;
- ✓ Analisar fluxo de caixa;
- ✓ Garantir simulações e projeções estratégicas de faturamento;
- ✓ Controlar fluxos econômico-financeiros;
- ✓ Negociar prazos junto a fornecedores;
- ✓ Gerir a negociação de contratos de serviços;
- ✓ Gerir cobranças de ordem financeira;
- ✓ Controlar o processo de emissão de notas fiscais;
- ✓ Confeccionar relatórios financeiros;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar Administrativo	N/A	N/A	M1	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Elaborar planilhas de controle;
- ✓ Solicitar compra de material;
- ✓ Conferir material solicitado;
- ✓ Providenciar devolução de material fora de especificação;
- ✓ Distribuir material de expediente;
- ✓ Controlar expedição de malotes e recebimentos;
- ✓ Controlar execução de serviços gerais (limpeza, transporte, vigilância);
- ✓ Controlar notas de lançamentos contábeis;
- ✓ Efetuar cálculos; emitir cartas convite e editais nos processos de compras e serviços;
- ✓ Participar da elaboração de projetos referentes a melhoria das atividades da instituição;
- ✓ Coletar dados e elaborar planilhas de cálculos;
- ✓ Confeccionar organogramas, fluxogramas e cronogramas;
- ✓ Atualizar dados para a elaboração de planos e projetos;
- ✓ Participar de projetos de melhoria contínua;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Cozinha	Assistencial	Nutricionista	M1	Médio	5132-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental completo	Desejável experiência na área hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	1. Relacionamento humanizado; 2. Ética e honestidade;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Auxiliar no preparo das refeições, sobremesas, etc.
- ✓ Manter a ordem e a limpeza da cozinha, procedendo a coleta e a lavagem das bandejas, talheres, etc.
- ✓ Auxiliar no serviço de copeiragem em geral e na montagem das bandejas de refeição e balcão térmico.
- ✓ Realizar serviço de limpeza nas dependências em geral do refeitório e cozinha.
- ✓ Auxiliar na seleção de verduras, carnes, peixes e cereais para preparação do alimento.
- ✓ Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

NFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Departamento Pessoal	RH	Analista de RH	M1	Médio	4110-30

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
18-50 anos	Ensino Médio Completo	Desejável estar cursando Ensino Superior em Administração, Gestão de Recursos Humanos, ou áreas afins.	06 meses

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar o cadastro das admissões; ✓ Controlar a documentação de admissão e demissão; ✓ Atualizar a CTPS digital e física(quando necessário); ✓ Atualizar ponto eletrônico e cadastrar novos colaboradores e remover desligados da unidade; ✓ Realizar as alterações funcionais (cargos/salários/afastamentos); ✓ Controlar benefícios e executar a compra; ✓ Levantar os dados necessários para o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP); ✓ Lançar as informações para a folha de pagamento e conferir; ✓ Emitir guias INSS e outras; ✓ manter a situação dos colaboradores em conformidade com a legislação vigente; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	Gerente Assistencial	M3	Auxiliar	3222-30

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Ensino Médio	Técnico em Enfermagem	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade e segurança hospitalar; 4. NR- 32 (desejável); 5. Instrumentação cirúrgica (desejável); 6. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. Sistema.

ATRIBUIÇÕES
✓ Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem; ✓ Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistemático da infecção hospitalar e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; ✓ Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido. ✓ Prestar cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios; ✓ Executar atividades de desinfecção e esterilização; ✓ Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; ✓ Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar; ✓ Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar Geral de Manutenção	Administrativo	Encarregado de Manutenção	M1	Médio	5143-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental completo	Noções gerais de hidráulica, civil, pintura, mecânica, marcenaria.	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança do trabalho	1. Administração do tempo; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração. 2. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Execução de serviços de baixa complexidade ligados à área civil, de marcenaria, mecânica, hidráulica e serviços gerais; ✓ Serviços de demolição e reparo de paredes e pisos e pequenos serviços de pintura corretiva; ✓ Reparos em mobiliários, portas, batentes e seus acessórios; ✓ Reparos em carros de transporte, macas, camas e caixilharia; ✓ Substituição de lâmpadas; ✓ Serviços de desentupimento; ✓ Transporte de documentos, materiais e equipamentos; ✓ Execução de limpeza técnicas de manutenção, reparo de persianas, fixação de quadros, painéis etc.; ✓ Além da execução dos serviços acima, auxiliar os demais profissionais da área de manutenção na execução de tarefas diversas; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Serviços Gerais	Administrativo	Encarregado de Hotelaria	M1	Médio	4101-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio completo	Desejável experiência na área hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	1. Relacionamento humanizado; 2. Ética e honestidade; 3. Foco no cliente interno e externo;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Executar a limpeza de toda área do hospital, incluindo janelas;
- ✓ Remover os resíduos hospitalares e acondicionar no abrigo externo;
- ✓ Retirar as caixas de perfurocortante das unidades e acondicioná-las no abrigo externo;
- ✓ Manter o depósito de material de limpeza (DML) limpo e organizado;
- ✓ Prover os banheiros com sabonete, papel-toalha e papel higiênico;
- ✓ Abastecer os dispenser de álcool gel;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Recepcionista	Atendimento	Coordenação Administrativa	M2	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
18 a 24 anos	Ensino Médio	N/A	N/A

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Internet; 3. Sistema.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Atendimento ao usuário;
- ✓ Fornecer informações ao paciente e/ou acompanhante;
- ✓ Organizar documentos;
- ✓ Organizar os procedimentos da recepção;
- ✓ Preencher formulários;
- ✓ Elaborar boletins de controle diário;
- ✓ Atendimento telefônico;
- ✓ Abrir novas fichas ou cadastro de atendimento;
- ✓ Executar marcação de consultas;
- ✓ Organizar o protocolo de atendimento;
- ✓ Sanar dúvidas em geral;
- ✓ Sempre à disposição para responder às várias demandas do setor;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Ass. Administrativo	N/A	N/A	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Elaborar planilhas de controle; ✓ Solicitar compra de material; ✓ Conferir material solicitado; ✓ Providenciar devolução de material fora de especificação; ✓ Distribuir material de expediente; ✓ Controlar expedição de malotes e recebimentos; ✓ Controlar execução de serviços gerais (limpeza, transporte, vigilância); ✓ Controlar notas de lançamentos contábeis; ✓ Efetuar cálculos; emitir cartas convite e editais nos processos de compras e serviços; ✓ Participar da elaboração de projetos referentes a melhoria das atividades da instituição; ✓ Coletar dados e elaborar planilhas de cálculos; ✓ Confeccionar organogramas, fluxogramas e cronogramas; ✓ Atualizar dados para a elaboração de planos e projetos; ✓ Participar de projetos de melhoria contínua; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Ass. Administrativo - Almoxarifado	Almoxarifado	Gerente Administrativo (a)	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Dar suporte administrativo na área de atuação; ✓ Elaborar planilhas de controle; ✓ Controlar recepção e distribuição de materiais; ✓ Prestar atendimento ao público interno e externo; ✓ Participar de projetos de melhoria contínua; ✓ Atualizar dados nos sistemas; ✓ Controlar material de expediente; ✓ Utilizar recursos de informática; ✓ Participar das ações de controle de estoque; ✓ Realizar contato com fornecedores externos; ✓ Conferir e monitorar patrimônios entregues à unidade; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Ass. Administrativo - Ouvidoria	SAU	Gerente Administrativo (a)	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
2. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
2. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar arquivos; ✓ Registrar a entrada e saída de documentos; ✓ Triar, conferir e distribuir documentos; ✓ Verificar documentos conforme normas; ✓ Submeter pareceres para apreciação da chefia; ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos; ✓ Atender público interno e externo nas demandas de ouvidoria; ✓ Encaminhar reclamações, elogios e sugestões dos clientes para análise e tratativa das áreas; ✓ Elaborar relatório mensal do SAU; ✓ Coordenar a aplicação e apuração da pesquisa de satisfação; ✓ Coordenar serviços do SAU, posso ajudar e visitas em leito; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente de Compras	Compras	Diretor (a) Financeiro	M3	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Monitorar níveis de estoque e identificar necessidades de compra; ✓ Pesquisar fornecedores em potencial; ✓ Monitorar pedidos e garantir entregas no prazo; ✓ Atualizar bancos de dados internos com informações de pedidos (datas, fornecedores, quantidades, descontos); ✓ Realizar pesquisas de mercado para identificar tendências de preços; ✓ Avaliar ofertas de fornecedores e negociar melhores preços; ✓ Preparar análises de custos; ✓ Manter registros atualizados de faturas e contratos; ✓ Realizar o follow-up com fornecedores, conforme necessário, para confirmar ou alterar pedidos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente de Farmácia	Farmácia	RT de Farmácia	M3	Médio	521130

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Atendente de Farmácia	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. CAF.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Atender clientes internos;
- ✓ Executar a fabricação de kits com base nas prescrições médicas;
- ✓ Dar baixa do medicamento em sistema;
- ✓ Inserir dados no sistema para controles de medicamentos;
- ✓ Manter organizado as prateleiras e expositores de remédios e outros produtos;
- ✓ Repor medicamentos e produtos;
- ✓ Auxiliar o farmacêutico;
- ✓ Verificar data de validade dos produtos e medicamentos;
- ✓ Participar das atividades de controle de estoque da farmácia;
- ✓ Monitorar controle de temperatura e umidade da farmácia;
- ✓ Realizar entrada de notas fiscais;
- ✓ Conferir mercadorias da farmácia;
- ✓ Organizar documentação da área e fazer envios para outras áreas conforme orientação da chefia imediata;
- ✓ Estabelecer contato com fornecedores;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente Adm. - Farmácia	Farmácia	RT de Farmácia	M4	Médio	411010

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Ensino Médio	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos;	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar arquivos; ✓ Registrar a entrada e saída de documentos; ✓ Triar, conferir e distribuir documentos; ✓ Verificar documentos conforme normas; ✓ Conferir notas fiscais e faturas de pagamentos; ✓ Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia; ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos; ✓ Alimentar documentos e planilhas com informações do setor; ✓ Participar de processos de melhoria contínua; ✓ Auxiliar nas rotinas administrativas do setor; ✓ Dar suporte às rotinas gerenciais da farmácia; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Ass. Administrativo - Patrimônio	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar levantamento, controle e acompanhamento dos bens patrimoniais; ✓ Providenciar o cadastramento ou recadastramento com placa de identificação patrimonial; ✓ Controlar a movimentação dos bens, inclusão e baixa dos ativos obsoletos ou fora de uso; ✓ Classificar os bens por espécie e conta contábil; ✓ Garantir a padronização da descrição e codificação dos bens; ✓ Controlar a depreciação e processamento de dados para cálculos da vida útil econômica dos ativos; ✓ Garantir o controle e arquivos da documentação patrimonial; ✓ Atender à auditoria externa no que tange a gestão e controle patrimonial; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente de Recursos Humanos	Recursos Humanos	Diretor (a) de Recursos Humanos	M2	Médio	2524-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Desejável Superior Cursando	Gestão de RH, Administração ou afins	Desejável 2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Conhecimento básico de legislação trabalhista; 2. Recrutamento e seleção; 3. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Digitar documentos; ✓ Controlar férias/licenças remuneradas; ✓ Controlar licença prêmio; ✓ Controlar frequência; ✓ Integrar pessoal; ✓ Arquivar documentação; ✓ Coletar dados para índices de afastamento e rotatividade; ✓ Cadastrar colaboradores; ✓ Atender ao cliente interno e externo; ✓ Analisar apontamentos na folha de pagamento; ✓ Apoiar as rotinas e processos das áreas de recursos humanos e departamento pessoal; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente Financeiro	Financeiro	Diretor (a) Financeiro	M4	Médio	4131-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Desejável Superior Cursando	Administração, Contabilidade e afins	Desejável 2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Manter controle de contas a pagar e receber; ✓ Realizar cobranças; ✓ Manter controle do fluxo de caixa; ✓ Emitir e lançar notar fiscais; ✓ Enviar registro de títulos bancários; ✓ Atualização de planilhas; ✓ Elaborar cartas de correção; ✓ Realizar avaliação de custos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Assistente Social	Assistência Social	Diretor Assistencial	S3	Superior	2516-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Assistência Social	Desejável Pós-graduação	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Ferramentas da Qualidade; 2. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Foco no resultado; 5. Ética e honestidade; 6. Direcionador de soluções; 7. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Orientar pacientes e familiares sobre temas relativos ao amparo assistencial; ✓ Esclarecer dúvidas e orientar sobre direitos e deveres, rotinas, cuidados especiais, serviços e recursos sociais; ✓ Cumprir políticas sociais; ✓ Elaborar planos, programas e projetos específicos; ✓ Atuar de acordo com a realidade social local; ✓ Analisar perfil dos usuários; características da área de atuação; ✓ Desenvolver, implementar e participar de ações sociais/humanizadas conforme HumanizaSUS; ✓ Acompanhar resultados da execução de programas, projetos e planos; ✓ Honrar compromissos acordados com os assistidos; ✓ Criar critérios e indicadores para avaliação dos resultados da área; ✓ Desempenhar tarefas administrativas; ✓ Providenciar documentação oficial, cadastrar usuários, entidades e recursos, conforme exigências do contrato; ✓ Controlar fluxo de documentos e dados estatísticos do serviço social; ✓ Entregar relatórios e indicadores, mensal, para coordenação, baseados em metas; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Secretária de Ala	Administrativo	Coordenador de Faturamento	M4	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Esclarecer dúvidas aos pacientes e acompanhantes; ✓ Elaborar documentos quando solicitado por enfermeiros; ✓ Organizar prontuários; ✓ Atender telefonemas; ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos; ✓ Solicitar estoque de materiais e medicamentos; ✓ Organizar e manter organizado o ambiente de trabalho; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Aux. Administrativo	N/A	N/A	M1	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar arquivos; ✓ Registrar a entrada e saída de documentos; ✓ Triar, conferir e distribuir documentos; ✓ Verificar documentos conforme normas; ✓ Conferir notas fiscais e faturas de pagamentos; ✓ Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia; ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Aux. Administrativo - NIR	Administrativo	Enfermeiro do NIR	M1	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar arquivos; ✓ Registrar a entrada e saída de documentos; ✓ Realizar cadastro de todos os pacientes; ✓ Realizar liberação de vagas para os pacientes internados; ✓ Triar, conferir e distribuir documentos; ✓ Verificar documentos conforme normas; ✓ Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia; ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Aux. Almoxarifado	N/A	N/A	M1	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Organizar a estocagem dos materiais, de forma a preservar a sua integridade física e condições de uso, de acordo com as características de cada material, bem como para facilitar a sua localização e manuseio;
- ✓ Manter controles dos estoques, através de registros apropriados, anotando todas as entradas e saídas, visando a facilitar a reposição e elaboração dos inventários;
- ✓ Solicitar reposição dos materiais, conforme necessário, de acordo com as normas de manutenção de níveis mínimos de estoque;
- ✓ Elaborar inventário mensal, visando a comparação com os dados dos registros;
- ✓ Separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários;
- ✓ Atender as solicitações dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais e peças solicitadas;
- ✓ Controlar os níveis de estoques, solicitando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política ou procedimentos estabelecidos para cada item;
- ✓ Supervisionar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Farmácia	Farmácia	RT de Farmácia	M1	Médio	521130

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Atendente de Farmácia	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. CAF.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Atender clientes internos;
- ✓ Executar a fabricação de kits com base nas prescrições médicas;
- ✓ Dar baixa do medicamento em sistema;
- ✓ Inserir dados no sistema para controles de medicamentos;
- ✓ Manter organizado as prateleiras e expositores de remédios e outros produtos;
- ✓ Repor medicamentos e produtos;
- ✓ Auxiliar o farmacêutico;
- ✓ Verificar data de validade dos produtos e medicamentos;
- ✓ Participar das atividades de controle de estoque da farmácia;
- ✓ Monitorar controle de temperatura e umidade da farmácia;
- ✓ Realizar entrada de notas fiscais;
- ✓ Conferir mercadorias da farmácia;
- ✓ Organizar documentação da área e fazer envios para outras áreas conforme orientação da chefia imediata;
- ✓ Estabelecer contato com fornecedores;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar – Faturamento	Faturamento	Sup. de Faturamento	M1	Médio	411010

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Curso de Estoque, Arquivista ou Faturamento	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Básico	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos;	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Organizar arquivos;
- ✓ Registrar a entrada e saída de documentos;
- ✓ Triar, conferir e distribuir documentos;
- ✓ Verificar documentos conforme normas;
- ✓ Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia;
- ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos;
- ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos;
- ✓ Elaborar planilhas de acordo com check-list;
- ✓ Atender clientes internos;
- ✓ Gerar o faturamento de fichas de atendimento, boletim de produção ambulatorial (BPA) e autorização de internação hospitalar (AIH);
- ✓ Realizar a preparação de arquivos codificados para envio aos órgãos reguladores;
- ✓ Emitir espelho de AIH para serem anexadas no prontuário médico;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar – SAME	Faturamento	Sup. de Faturamento	M1	Médio	411010

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	Curso de Estoque, Arquivista ou Faturamento	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
2. Pacote Office Básico	5. Inteligência emocional; 6. Administração do tempo; 7. Relacionamento humanizado; 8. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
3. Integração; 4. Protocolos Internos;	5. E-mail; 6. Sistema; 7. Internet; 8. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Organizar arquivos;
- ✓ Registrar a entrada e saída de documentos;
- ✓ Triar, conferir e distribuir documentos;
- ✓ Verificar documentos conforme normas;
- ✓ Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia;
- ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos;
- ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos;
- ✓ Elaborar planilhas de acordo com check-list;
- ✓ Atender clientes internos;
- ✓ Realizar a preparação de arquivos codificados para envio aos órgãos reguladores;
- ✓ Emitir espelho de AIH para serem anexadas no prontuário médico;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Aux. Administrativo - Patrimônio	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	M1	Médio	4110-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar levantamento, controle e acompanhamento dos bens patrimoniais; ✓ Providenciar o cadastramento ou recadastramento com placa de identificação patrimonial; ✓ Controlar a movimentação dos bens, inclusão e baixa dos ativos obsoletos ou fora de uso; ✓ Classificar os bens por espécie e conta contábil; ✓ Garantir a padronização da descrição e codificação dos bens; ✓ Controlar a depreciação e processamento de dados para cálculos da vida útil econômica dos ativos; ✓ Garantir o controle e arquivos da documentação patrimonial; ✓ Atender à auditoria externa no que tange a gestão e controle patrimonial; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Recursos Humanos	RH	Coordenador (a) de RH	M1	Médio	4110-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
18-50 anos	Ensino Médio Completo	N/A	06 meses

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Controlar frequência de pessoal; ✓ Lançar dados no sistema; ✓ Preencher controles diversos; ✓ Coletar dados diversos; ✓ Auxiliar nos processos de recrutamento e seleção e treinamento e desenvolvimento; ✓ Entregar documentos do setor às áreas de interesse; ✓ Atender ao público interno; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Auxiliar de Tesouraria	Financeiro	Diretor (a) Financeiro	M4	Superior	2525-45

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior Administração, Economia ou afins	Desejável Especialização	02 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Matemática financeira; 2. Gestão de custos; 3. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Visão sistêmica; 4. Foco no resultado; 5. Ética e honestidade; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Processar contas a pagar e a receber; ✓ Analisar e controlar custos, gastos e despesas; ✓ Controlar pagamentos de impostos; ✓ Realizar o faturamento de clientes; ✓ Controlar o pagamento de fornecedores; ✓ Analisar operações financeiras da organização; ✓ Gerenciar a coleta de dados de faturamento; ✓ Analisar fluxo de caixa; ✓ Garantir simulações e projeções estratégicas de faturamento; ✓ Controlar fluxos econômico-financeiros; ✓ Negociar prazos junto a fornecedores; ✓ Gerir a negociação de contratos de serviços; ✓ Gerir cobranças de ordem financeira; ✓ Controlar o processo de emissão de notas fiscais; ✓ Confeccionar relatórios financeiros; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Camareira	Administrativo	Encarregado de Hotelaria	M1	Médio	5133-15

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio completo	Desejável experiência na área hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	1. Relacionamento humanizado; 2. Ética e honestidade; 3. Foco no cliente interno e externo;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos internos; 6. NR 32.	3. Sistema; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Higienizar leito e mesa de cabeceira do paciente, na alta ou óbito; ✓ Preparar o leito do paciente após alta ou óbito; ✓ Repor roupa de cama nas unidades; ✓ Retirar os sacos de hamper das unidades, nos horários pré-estabelecidos; ✓ Preencher as planilhas e formulários; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.M3**	**CLASSE**	**CBO**
Comprador	Suprimentos	Gerente de Compras	S1	Superior	354205

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Administração, Ciências Contábeis, ou áreas afins.	Desejável Especialização em Gestão de Suprimentos.	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR- 32; 3. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Pesquisar o mercado fornecedor de produtos e serviços, através de coleta de preços, visando identificar as melhores oportunidades de compras; ✓ Negociar com os fornecedores, visando ao fechamento de compras dentro das melhores condições de preço, qualidade prazo de entrega; ✓ Emitir os pedidos de compra e encaminhá-los aos fornecedores, fazendo o acompanhamento do processo de entrega e cumprimento final de todas as condições negociadas; ✓ Pesquisar novos fornecedores de produtos e serviços diversos, visando desenvolver fontes alternativas de suprimentos; ✓ Pesquisar produtos alternativos, conforme as possibilidades do processo produtivo, visando melhorar a qualidade do produto e reduzir custos de produção; ✓ Fazer o acompanhamento dos pedidos, visando assegurar sua entrega no prazo estabelecido; ✓ Acompanhar o processo de devolução de mercadorias entregues em desacordo com o pedido; ✓ Atualizar as tabelas de preços de mercadorias com os fornecedores e repassando internamente a informação aos setores envolvidos; ✓ Realizar visitas às fábricas dos fornecedores, para atualização técnica em relação aos produtos comprados; ✓ Cadastrar novos fornecedores para consultas e cotações, conforme necessário; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.M3**	**CLASSE**	**CBO**
Controlador de Acesso	N/A	Supervisor de Facilities	M4	Médio	517410

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental/Médio Completo	Desejável Curso de Porteiro.	Desejável 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Pacote Office Intermediário.	1. Ética e responsabilidade; 2. Capacidade de observação; 3. Relacionamento humanizado; 4. Honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR- 32; 3. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Rádio.

ATRIBUIÇÕES
✓ Liberar a entrada e saída de pessoas e veículos; ✓ Conhecer normas e regras e procdimentos operacionais da unidade; ✓ Recepcionar pacientes e familiares e direcioná-los; ✓ Controlar a movimentação e circulação de pessoas na área de sua responsabilidade; ✓ Impossibilitar aglomerações em locais determinados; ✓ Garantir a segurança do ambiente; ✓ Registrar a frequência; ✓ Manter sigilo sobre informações que escuta; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo;

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador (a) Administrativo	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	L1	Líder	4101-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Administração ou afins	Desejável Especialização	02 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR- 32; 3. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Coordenar rotinas administrativas; ✓ Emitir e controlar relatórios de performance; ✓ Gerenciar equipe; ✓ Criar mecanismos de controle e eficiência no trabalho; ✓ Elaborar relatórios de performance; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de Facilities	Facilities	Gerente de Facilities	L1	Líder	1427-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Engenharia Civil ou afins	Desejável Pós-graduação	Mínimo 2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Autocad (desejável) 7. Pacote Office intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gestão de Pessoas; 10. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR´s 35, 32, 12, 10	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Liderar processos de caráter técnico;
- ✓ Realizar produção e aperfeiçoamento de instalações, máquinas, motores e demais equipamentos;
- ✓ Responder pelos Indicadores de manutenção;
- ✓ Liderar as rotinas e atividades de manutenção e monitoramento;
- ✓ Emitir relatório de performance de manutenção;
- ✓ Acompanhar/monitorar atividades da equipe e do setor quanto ao atendimento das demandas de serviços e reporta-las a sua gerência;
- ✓ Realizar o planejamento das manutenções preventivas do setor em conformidade com o planejamento da gerência de sua área;
- ✓ Providenciar orçamentos de reparos;
- ✓ Analisar os custos das manutenções;
- ✓ Elaborar, interpretar e acompanhar projetos de engenharia e de manutenção;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
Cargo	**Departamento**	**A quem se reporta?**	**Classific.**	**Classe**	**CBO**
Coordenador de Faturamento	Administrativo	Diretor (a) Corporativo	L1	Superior	2527-20

Idade	Escolaridade	Qualificação Profissional	Experiência
21 a 50 anos	Superior em Administração, Estatística ou áreas afins.	Desejável Especialização	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislações relacionados a serviços de saúde; 2. Pacote Office, Habilidade em Power e BI Avançado; 3. Atuação com Indicadores na área Hospitalar.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área; 4. E-mail.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Analisar os indicadores, organizar os dados e averiguar os resultados em interface com as áreas do Hospital;
- ✓ Identificar e definir necessidades de informações locais e institucionais representando os interesses das áreas de negócio (dados consumidos x produzidos);
- ✓ Garantir a validade e relevância dos modelos conceituais de dados / sistema de informação;
- ✓ Manter valores e significados dos dados de referência;
- ✓ Propor modelos conceituais de dados / informações respeitando as regras e padrões da rede;
- ✓ Ajudar executivos a identificar e apontar os gestores das Informações;
- ✓ Identificar e atuar na resolução de problemas com as informações consumidas;
- ✓ Definir critérios de qualidade das informações;
- ✓ Certificar que os recursos de dados / informações estão de acordo com as necessidades do negócio garantindo a qualidade / padrão das informações;
- ✓ Definir, analisar e monitorar indicadores de produção / desempenho e estratégicos;
- ✓ Propor ações/disparar alertas em relação à informação / indicadores analisados;
- ✓ Gerir chamados para construção de novos indicadores / informações no BI;
- ✓ Intermediar informações com as áreas de negócio para construção de indicadores;
- ✓ Acompanhar as metas do Plano de Trabalho;
- ✓ Elaborar plano de ação para redução de glosas;
- ✓ Verificar AIH, CID e códigos compatíveis em acordo com o SIGTAP;
- ✓ Lançar cirurgias realizadas para composição de prontuários;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador (a) de RH	RH	Diretor (a) de RH	L1	Líder	2521-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Administração, Psicologia ou afins	Desejável Especialização	02 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Testes de recrutamento e seleção; 3. Gestão de cargos e salários 4. Treinamento e desenvolvimento; 5. Normas de segurança no trabalho; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. Legislações relacionados a serviços de saúde; 8. Gestão de pessoas e processos; 9. Gestão de Custos; 10. Ferramentas da Qualidade; 11. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Coordenar os processos de contratação e demissão, renovação de contratos e desligamento, programa de trainee, e processos de aposentadoria; ✓ Observar as leis trabalhistas, contrato coletivo de trabalho e acordos coletivos com o sindicato das entidades de classe e regras internas; ✓ Estar atualizado, em dia com as alterações legais, relativas às leis trabalhistas; ✓ Supervisionar os analistas de folha de pagamento; ✓ Coordenar o pagamento das atividades relacionadas ao departamento de pessoal; ✓ Conferir e validar folha de pagamento; ✓ Analisar a valoração dos postos de trabalho; ✓ Preparar revisão salarial, fazer cálculos, estudos e análises sobre compensações e benefícios; ✓ Coordenar a realização da avaliação de desempenho; ✓ Realizar pesquisa de clima organizacional; ✓ Coordenar plano de cargos e salários; ✓ Preparar relatórios administrativos sobre a revisão de resultados para auxiliar nas decisões; ✓ Executar a saúde laboral e das políticas de segurança; ✓ Acompanhar auditorias externas com o objetivo de garantir que as normas governamentais e organizacionais sejam de conhecimento de todos; ✓ Manter relacionamento com as entidades sindicais; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador NIR	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Especialização	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Ferramentas da Qualidade; 2. Legislações relacionados a serviços de saúde; 3. Gestão de pessoas e processos; 4. NR- 32 desejável; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Organizar e supervisionar a rotina de atividades dos auxiliares, enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor; ✓ Registrar e transcrever informações, atendendo a necessidades do cliente interno e externo; ✓ Realizar busca ativa para o efetivo monitoramento dos pacientes desde a sua chegada à instituição, processo de internação, movimentação, alta, óbito e transferência; ✓ Manter o fluxo de informação entre o hospital e a central de regulação, referente às solicitações realizadas; ✓ Interagir com a equipe interna garantindo o fluxo contínuo de informação referente à movimentação do paciente e transferências; ✓ Apresentar mensalmente à gerência de enfermagem e a diretoria geral, relatórios e indicadores das atividades dos processos sob sua responsabilidade; ✓ Verificar a disponibilidade de vagas e outros serviços na Instituição; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de Enfermagem – Centro Cirúrgico	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Especialização	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade e segurança do paciente; 4. Legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 (desejável); 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno e externo; 6. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Promover assistência de enfermagem nas cirurgias realizadas no hospital; ✓ Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade; ✓ Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento das diversas atividades sob sua responsabilidade, emanadas pela divisão de enfermagem; ✓ Manter plantão permanente de acordo com a escala, fixando as condições para o atendimento ao paciente. ✓ Elaborar e coordenar a escala de pessoal de acordo com o movimento de cirurgias; ✓ Elaborar a programação de cirurgias que permita a preparação prévia das salas, equipamentos e materiais; ✓ Exigir que sejam feitos com rigor e para cada caso os relatórios de cirurgias e anestesia; ✓ Requisitar, controlar e registrar os materiais e produtos oriundos do almoxarifado; ✓ Apresentar mensalmente à gerência assistencial e a diretoria geral, relatório pormenorizado das atividades do serviço no centro cirúrgico; ✓ Orientar e supervisionar o pessoal de serviços gerais com relação à higiene do centro cirúrgico; ✓ Realizar comunicação ativa entre as unidades de internação, NIR e ambulatório; ✓ Coordenar a equipe de técnicos e enfermeiros do centro cirúrgico; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de Enfermagem	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas ou afins	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. NR- 32 desejável; 8. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos Internos; 6. NR 32.	5. E-mail; 6. Sistema; 7. Internet; 8. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Elaborar escalas e dimensionamento de pessoal; ✓ Assegurar a qualidade no atendimento e humanização assistencial; ✓ Liderar equipes, garantir a escala adequada para o funcionamento dos setores de enfermagem; ✓ Auxiliar nas rotinas e procedimentos das áreas; ✓ Elaborar relatórios gerenciais; ✓ Gerenciar fluxo de atendimento de pacientes; ✓ Controlar os indicadores da área de atuação; ✓ Atuar como multiplicador do conhecimento e gerenciar a assistência técnica prestada pela equipe de enfermagem; ✓ Manter o sistema de avaliação contínuo e realizar reuniões periódicas com os departamentos assistenciais; ✓ Monitorar o desempenho e a produtividade da equipe; ✓ Acompanhar o cumprimento das metas do contrato de gestão; ✓ Participar de programas de controle de infecção hospitalar; ✓ Revisar protocolos operacionais das áreas sob sua gestão; ✓ Monitorar e atuar sobre os indicadores de qualidade e segurança do paciente; ✓ Propor ações de melhoria contínua; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo. ✓ Participar de campanhas de combate aos agravos da saúde; ✓ Participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador; ✓ Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde; ✓ Acompanhar e organizar fluxo do setor de atuação;

- ✓ Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo..

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de Ambulatório e SADT	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Especialização	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
9. Normas de segurança no trabalho; 10. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 11. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 12. Gestão de pessoas e processos; 13. Gestão de Custos; 14. Ferramentas da Qualidade; 15. NR- 32 desejável; 16. Pacote Office Intermediário.	11. Inteligência emocional; 12. Administração do tempo; 13. Relacionamento humanizado; 14. Visão sistêmica; 15. Foco no resultado; 16. Ética e honestidade; 17. Direcionador de soluções; 18. Foco no cliente interno e externo; 19. Tomada de decisão sob pressão; 20. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
7. Integração; 8. Protocolos Internos; 9. NR 32.	9. E-mail; 10. Sistema; 11. Internet; 12. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Prover infraestrutura física e de pessoal para atendimento; ✓ Elaborar e conferir escala de trabalho; ✓ Avaliar as competências e habilidades da equipe e solicitar treinamento à Educação Permanente; ✓ Manter equipe de enfermagem capacitada para orientar pacientes e/ou familiares sobre retornos, exames, prescrições médicas; ✓ Controlar gastos da unidade e gastos individuais, registrando-os adequadamente; ✓ Acompanhar o registro de procedimentos e número de atendimentos; ✓ Realizar relatórios mensalmente, com os indicadores e apresentar à gerência assistencial; ✓ Elaborar plano de ação para controle de eventos; ✓ Garantir a referência e contrarreferência do paciente na Rede de Atenção à Saúde; ✓ Colaborar com o Núcleo de Educação Permanente na formação e treinamento de funcionários, facilitando a operacionalização dos programas de desenvolvimento, atualização e aperfeiçoamento; ✓ Colaborar com a C.C.I.H. (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) no cumprimento dos protocolos vigentes; ✓ Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem; ✓ Garantir uma assistência de enfermagem livre de riscos de imperícia, imprudência e negligência; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de Educação Permanente	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização em Educação Permanente	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
17. Normas de segurança no trabalho; 18. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 19. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 20. Gestão de pessoas e processos; 21. Gestão de Custos; 22. Ferramentas da Qualidade; 23. NR- 32 desejável; 24. Pacote Office Intermediário.	21. Inteligência emocional; 22. Administração do tempo; 23. Relacionamento humanizado; 24. Visão sistêmica; 25. Foco no resultado; 26. Ética e honestidade; 27. Direcionador de soluções; 28. Foco no cliente interno e externo; 29. Tomada de decisão sob pressão; 30. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
10. Integração; 11. Protocolos Internos; 12. NR 32.	13. E-mail; 14. Sistema; 15. Internet; 16. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Elaborar, colaborar e implementar medidas que visem à melhoria da assistência de enfermagem; ✓ Manter consonância com a gerência assistencial para criar instrumentos de aprimoramento técnico e avaliação profissional. ✓ Planejar reuniões técnicas e proceder ao treinamento dos recursos humanos disponíveis com o objetivo de assegurar a qualidade da assistência ✓ Elaborar e envolver outros profissionais da área de saúde em programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento para integração de colaboradores recém-admitidos no hospital, contribuindo para sua adaptação às normas e rotinas; ✓ Documentar a participação de colaboradores de enfermagem nos programas e reuniões técnicas para fins estatísticos; ✓ Acompanhar, orientar e supervisionar os programas de estagiários de enfermagem; ✓ Preparar material didático, quando solicitado, e informar, previamente, quais equipamentos áudios-visuais são necessários para a realização de capacitação e programas de aperfeiçoamento e desenvolvimento em enfermagem; ✓ Atuar como serviço de apoio no esclarecimento de dúvidas e fornecimento de material de estudo para a equipe de enfermagem; ✓ Elaborar e atualizar o Regimento do Serviço de Enfermagem, rotinas, manuais de técnicas básicas e protocolos de enfermagem e outros documentos que se façam necessários, de acordo com as informações e dados da unidade de saúde solicitante; ✓ Elaborar e executar, periodicamente, programas de aperfeiçoamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem, bem como sua avaliação, em conjunto com a gerência assistencial; ✓ Desenvolver em conjunto com a gerência assistencial a estrutura para o processo seletivo e garantir que os candidatos aprovados sejam encaminhados para os responsáveis pelos setores, após realização do treinamento admissional; ✓ Colaborar e apoiar programas e projetos relacionados ao aprimoramento da equipe multiprofissional; ✓ Detectar as necessidades da equipe de enfermagem em relação a programas de desenvolvimento.

- ✓ Colaborar com a C.C.I.H. (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) no cumprimento dos protocolos vigentes.
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem;
- ✓ Desenvolver programas de treinamento embasados no levantamento das necessidades de treinamento (LNT) e nas alterações de procedimentos e rotinas existentes, baseados nos apontamentos da gerência assistencial;
- ✓ Incentivar e promover a realização de treinamentos por monitores externos;
- ✓ Garantir que o profissional de enfermagem esteja apto para assumir adequadamente suas funções de assistência;
- ✓ Coordenar a realização de eventos e programas científicos na área de enfermagem;
- ✓ Elaborar e conduzir programas de treinamento específico para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- ✓ Garantir que seja executado treinamento específico do profissional de enfermagem transferido para outro local de trabalho;
- ✓ Promover treinamento específico do profissional de enfermagem com mudança de função;
- ✓ Participar na elaboração das provas que serão aplicadas aos profissionais de enfermagem no processo de seleção em parceria com a gerência assistencial;
- ✓ Elaborar programas de capacitação individual do profissional de enfermagem conforme a necessidade detectada pelas lideranças;
- ✓ Manter-se esclarecido e atualizado sobre a aplicação de leis e regulamentos referentes à administração geral e específica, bem como prestar informação e orientação no âmbito da unidade;
- ✓ Participar da elaboração de projetos referentes à melhoria dos serviços, setor ou instituição;
- ✓ Elaborar, executar e avaliar os programas de acompanhamento e orientação do funcionário recém-admitido e de capacitação e atualização da equipe de enfermagem.
- ✓ Colaborar na divulgação dos eventos da enfermagem;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição e as demais legislações vigentes;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de SCIH	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
25. Normas de segurança no trabalho; 26. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 27. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 28. Gestão de pessoas e processos; 29. Gestão de Custos; 30. Ferramentas da Qualidade; 31. NR- 32 desejável; 32. Pacote Office Intermediário.	31. Inteligência emocional; 32. Administração do tempo; 33. Relacionamento humanizado; 34. Visão sistêmica; 35. Foco no resultado; 36. Ética e honestidade; 37. Direcionador de soluções; 38. Foco no cliente interno e externo; 39. Tomada de decisão sob pressão; 40. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
13. Integração; 14. Protocolos Internos; 15. NR 32.	17. E-mail; 18. Sistema; 19. Internet; 20. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Manter controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades desenvolvidas no setor; ✓ Direcionar ações/atividades para os membros da equipe de acordo com respectivas atribuições; ✓ Elaborar escalas de trabalho da equipe do SCIH; ✓ Representar/Assessorar a diretoria quando solicitado; ✓ Elaborar o PCIRAS – Programa de Controle de Infecção Hospitalar anual (CCIH); ✓ Definir estratégias junto à equipe do SCIH para implantação do PCIRAS e alcance de metas; ✓ Implantar e avaliar o PCIRAS mensalmente; ✓ Analisar indicadores de processos, de estrutura e de resultados relacionados ao controle de infecção; ✓ Participar na implantação de medidas de controle de surtos; ✓ Aprovar normas e protocolos institucionais; ✓ Revisar rotinas internas do SCIH (Sistema de Gestão da Qualidade); ✓ Participar na elaboração de planos de trabalho junto às demandas externas (Assessoria às Diretorias); ✓ Acompanhar vistoria de órgão da Vigilância Pública; ✓ Acompanhar o controle de qualidade da água; ✓ Monitorar o desempenho e a produtividade da equipe; ✓ Acompanhar o cumprimento das metas do contrato de gestão; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador (a) de Faturamento	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	L1	Líder	4101-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Administração ou afins	Desejável Especialização	02 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR- 32; 3. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Coordenar e orientar a equipe do setor de Faturamento; ✓ Controlar mensalmente as autorizações de Internação Hospitalar - AIH's rejeitadas (por habilitação); ✓ Controlar mensalmente as AIH's rejeitadas (por capacidade instalada); ✓ Arquivar o espelho da AIH nos prontuários; ✓ Controlar os módulos do SCNES; ✓ Controlar o quantitativo de procedimentos ambulatoriais faturados; ✓ Controlar o quantitativo de prontuários expirados; ✓ Controlar a entrada e saída de prontuários; ✓ Buscar ativamente os atendimentos/procedimentos realizados no ambulatório; ✓ Acompanhar os processos de habilitação dos serviços existentes na unidade, dentre outras atividades inerentes a função; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador Multiprofissional	Enfermagem	Gerente Assistencial	L1	Líder	131210

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Fisioterapia	Especialização em Fisioterapia Hospitalar ou afins	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. NR- 32 desejável; 8. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Internet; 3. Sistema; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, assistente social e nutrição; ✓ Elaborar, aprovar e atualizar as normas e rotinas dos serviços; ✓ Elaborar as escalas de serviço e fazer o controle de ponto dos colaboradores; ✓ Realizar as avaliações de desempenho dos colaboradores, assim como as avaliações de produtividade e afins; ✓ Registrar, avaliar e divulgar através de números e outros indicadores os resultados produzidos mensalmente pelo serviço; ✓ Cooperar e facilitar o entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais; ✓ Propiciar um ambiente de cordialidade e de motivação dos profissionais para boa fluidez do serviço; ✓ Pleitear junto as Direções melhorias para o serviço assim como ferramentas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional; ✓ Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais; ✓ Promover a elevação do padrão profissional; ✓ Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de PGRSS	Administrativo	Diretor Adm. Hospitalar	L1	Líder	4101-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Biologia, Engenharia Ambiental ou afins	Desejável Pós-graduação	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Supervisionar e coordenar as atividades de eliminação, coleta de lixo e reciclagem de resíduos; ✓ Criar projetos para dar funcionalidade ao material descartado; ✓ Preparar, planejar e implementar estratégias de descarte seguro de resíduos; ✓ Gerenciar orçamentos e garantir que todas as atividades de descarte de resíduos estejam em conformidade com as leis e regulamentações ambientais; ✓ Gerir os resíduos de forma sustentável e sem danos ao hospital e ao meio ambiente; ✓ Criar mecanismos de controle dos resíduos; ✓ Apurar e reportar as informações relativas aos resíduos gerados; ✓ Receber e encaminhar para tratativa as notificações de doenças e agravos; ✓ Coordenar as atividades inerentes ao núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar; ✓ Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município; ✓ Controlar e apurar indicadores inerentes a área para apresentação; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Copeira	Assistencial	Nutricionista	M1	Médio	5134-25

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental completo	Desejável experiência na área hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos internos; 6. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Receber e distribuir refeições, utilizando bandejas e carrinhos;
- ✓ Receber ou recolher bandejas, louças e talheres, após as refeições, providenciando a lavagem e guarda, ou o envio ao setor competente;
- ✓ Efetuar a pesagem e o registro das sobras alimentares, utilizando balanças apropriadas;
- ✓ Manter a ordem e a limpeza do local de trabalho, seguindo normas e instruções;
- ✓ Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Cozinheira	Assistencial	Nutricionista	M1	Médio	5132-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio Incompleto	Desejável curso de cozinha hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	1. Administração do tempo; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade; 4. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
7. Integração; 8. Protocolos internos; 9. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Preparar alimentos sob supervisão de nutricionista, de modo que assegure a qualidade, higiene, sabor, aroma e apresentação da refeição a ser servida. ✓ Inspecionar a higienização de equipamentos e utensílios. ✓ Auxiliar na requisição do material necessário para a preparação dos alimentos. ✓ Coordenar atividades da cozinha. ✓ Pode participar da execução da faxina da área interna da cozinha, limpeza de máquinas, utensílios e outros equipamentos, utilizando-se de materiais adequados, para assegurar sua utilização no preparo dos alimentos. ✓ Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional. ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Diretor Administrativo	Administrativo	Diretoria Executiva	L2	Líder	1312-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração, Economia ou afins	Pós-graduação	Mínimo de 5 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Normas de segurança no trabalho; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gestão de Pessoas; 11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet;

ATRIBUIÇÕES
✓ Executar as deliberações gerais do hospital, na área de competência; ✓ Elaborar planejamento estratégico; ✓ Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades de cada unidade do Hospital; ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho; ✓ Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição; ✓ Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência; ✓ Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral; ✓ Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativos do hospital e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados; ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada; ✓ Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo em ata as decisões; ✓ Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento e POP – Procedimentos Operacionais; ✓ Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativos, utilizando os instrumentos pertinentes; ✓ Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa; ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos; ✓ Planejar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição; ✓ Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da

equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- ✓ Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- ✓ Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
- ✓ Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- ✓ Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- ✓ Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- ✓ Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
- ✓ Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
- ✓ Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;
- ✓ Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- ✓ Manter o Regimento dos Serviços administrativos atualizados;
- ✓ Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- ✓ Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Diretor Administrativo Corporativo	Administrativo	Diretoria Executiva	L2	Líder	1312-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração, Economia ou afins	Pós-graduação	Mínimo de 5 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Normas de segurança no trabalho; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gestão de Pessoas; 11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet;

ATRIBUIÇÕES
✓ Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência; ✓ Elaborar planejamento estratégico; ✓ Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades de cada unidade hospitalar; ✓ Conferir as informações que são levantadas pelas unidades hospitalares para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição; ✓ Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria executiva; ✓ Manter contato constante com os diretores das unidades hospitalares e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados; ✓ Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo em ata as decisões; ✓ Orientar o padrão de documentos, procedimentos operacionais e políticas das unidades hospitalares; ✓ Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades das unidades hospitalares, utilizando os instrumentos pertinentes; ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos; ✓ Planejar as atividades das unidades hospitalares, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição; ✓ Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários; ✓ Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias; ✓ Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional; ✓ Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio das unidades hospitalares;

- ✓ Substituir os diretores administrativos das unidades hospitalares quando se fizer necessário;
- ✓ Realizar consultoria interna e auditorias em conformidade com determinações da diretoria executiva;
- ✓ Participar com a diretoria executiva das reuniões com os diretores das unidades hospitalares;
- ✓ Manter o Regimento dos Serviços administrativos atualizados;
- ✓ Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- ✓ Realizar as demais atividades inerentes ao cargo

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a)	Enfermagem	Gerente Assistencial	S3	Superior	223520

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Superior em Enfermagem	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos internos;	4. Sistema; 5. E-mail; 6. Internet;

ATRIBUIÇÕES
✓ Prestar assistência ao paciente; ✓ Realizar consultas de enfermagem; ✓ Prescrever ações de enfermagem; ✓ Prestar assistência direta a pacientes graves; ✓ Realizar procedimentos de maior complexidade; ✓ Acionar equipe multiprofissional de saúde; ✓ Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; ✓ Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; ✓ Realizar evolução clínica de pacientes e SAE; ✓ Cumprir normas e procedimentos de enfermagem; ✓ Monitorar processo de trabalho e aplicar métodos para avaliação de qualidade; ✓ Selecionar materiais e equipamentos; ✓ Levantar necessidades, problemas e diagnosticar situação; ✓ Implementar ações para promoção da saúde; ✓ Participar de trabalhos de equipes multidisciplinares; ✓ Participar de campanhas de combate aos agravos da saúde; ✓ Participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador; ✓ Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde; ✓ Acompanhar e organizar fluxo do setor de atuação; ✓ Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Coordenador de SAME	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	L1	Superior	2235-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração	Desejável Pós-graduação Auditoria em Saúde	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Conhecimento em ONA; 6. Ferramentas da Qualidade.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Verificar toda assistência prestada ao paciente; ✓ Analisar as contas hospitalares; ✓ Realizar justificativas e recursos de glosas; ✓ Elaborar relatórios de auditoria; ✓ Verificar AIH, CID e códigos compatíveis de acordo com o SIGTAP; ✓ Verificar e atesta prontuários pós procedimentos quando solicitado pelo paciente; ✓ Utilizar recursos de informática, ✓ Lançar cirurgias realizadas para a composição de prontuário, ✓ Padronizar normas e procedimentos de enfermagem relacionadas a auditoria; ✓ Elaborar planos de ação para redução de glosas; ✓ Orientar quanto a documentação para realização de procedimentos; ✓ Orientar e treinar equipe multiprofissional para correto preenchimento de formulários, check lists e outros; ✓ Apurar indicadores e elaborar relatórios da área para apresentação mensal; ✓ Gerenciar e controlar prontuários; ✓ Organizar arquivo; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) SCIH	Administrativo	Gerente Assistencial	S2	Superior	2235-60

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Pós-graduação SCIH	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar treinamento da equipe de enfermagem nos procedimentos e normas do SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde); ✓ Monitorar IRAS através de visitas técnicas nas clínicas de internações; ✓ Participar de campanhas dos SCIRAS; ✓ Elaborar pareceres técnicos; ✓ Participar de reuniões internas e externas; ✓ Participar da elaboração e organização de precauções de coorte; ✓ Apresentar e discutir dados de IRAS nas reuniões; ✓ Implementar, executar e avaliar o programa de controle de infecções relacionadas a assistência à saúde, adequando características e necessidades da instituição; ✓ Manter sistema de vigilância epidemiológica das IRAS através de busca ativa dos casos; ✓ Realizar investigação epidemiológica de surtos sempre que indicado; ✓ Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação dos protocolos, visando à prevenção e ao tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde de forma integrada com a equipe multiprofissional, ✓ Regulamentar medida de precaução e supervisionar sua aplicação; ✓ Acompanhar as obras, reformas e reparos da planta física da instituição, verificando sua adequação em relação ao plano de contingência do SCIRAS; ✓ Fazer contato com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, conforme normas, manual de medidas preventivas e estratégias de investigação para infecção de sítio cirúrgico; ✓ Conferir e analisar as fichas cirúrgicas; ✓ Controlar indicadores e providenciar relatórios pertinentes a sua atuação; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) da Qualidade	Qualidade	Diretor Administrativo Assistencial	S2	Superior	2235-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Pós-graduação em Gestão da Qualidade	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Implantar e coordenar processo de qualidade em todos os níveis da instituição; ✓ Avaliar os processos implantados em todos os setores da instituição; ✓ Realizar a capacitação dos coordenadores para criação e implantação de processos adequados, conforme protocolos internacionais; ✓ Realizar a capacitação dos coordenadores para acompanhamento, avaliação e melhoria contínua dos processos; ✓ Acompanhar análise e providências quanto as notificações de eventos adversos; ✓ Realizar auditoria clínica; ✓ Realizar visitas técnicas; ✓ Acompanhar a interface e apoio à construção de protocolos; ✓ Executar a avaliação dos indicadores existente; ✓ Orientar a equipa para criação e análise de indicadores; ✓ Acompanhar a interface com áreas de apoio e assistenciais para ações de gestão de riscos; ✓ Ministrar treinamentos; ✓ Analisar a efetividade dos treinamentos através dos indicadores de qualidade; ✓ Trabalhar em conjunto com a Diretoria, gerências, coordenadores e equipe multiprofissional; ✓ Elaborar instruções de trabalho, protocolos pertinentes a educação permanente e Segurança do Paciente; ✓ Criar e coordenar grupos de estudo; ✓ Realizar outras atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) Epidemiologia	Administrativo	Gerente Assistencial	S2	Superior	2235-60

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Pós-graduação em Epidemiologia	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos detectados no ambiente hospitalar; ✓ Elaborar, desenvolver e manter plano de investigação em operação do sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal e dos óbitos por doença infecciosa ou mal definidos; ✓ Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde; ✓ Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) NIR	Administrativo	Gerente Assistencial	S2	Superior	2235-60

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Pós-graduação	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar a interface do setor com as centrais de regulação do Estado; ✓ Contribuir para a implantação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS); ✓ Contribuir para a implantação da política de regulação da unidade com base na legislação específica; ✓ Garantir o compromisso de participação da unidade no processo de regulação; ✓ Monitorar o censo diário; ✓ Monitorar os motivos de tempo de permanência prolongado na Unidade buscando estratégias para resolução dos casos; ✓ Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as Centrais de Regulação, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação; ✓ Organizar a rotina de serviços e supervisionar o serviço dos funcionários administrativos do setor; ✓ Solicitar transferências e exames externos em outras Organizações ou Serviços e através do Sistema da Central Estadual de Regulação, monitorando e preenchendo planilhas para o efetivo controle do processo; ✓ Utilizar recursos disponíveis para contatar outras Unidades de Saúde afim de captar vagas ou outros serviços em que a instituição não tenha capacidade resolutiva, dentre outras atividades inerentes a função; ✓ Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro Administrativo	Enfermagem	Gerente Assistencial	S2	Superior	2235-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Pós-graduação em Gestão	1 ano

7. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Elaborar as escalas de folgas e férias da equipe de enfermagem; ✓ Acompanhar banco de horas dos colaboradores; ✓ Verificar pendências de exames; ✓ Aprazamento da prescrição médica; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) em Terapia Intensiva	Enfermagem	Gerente Assistencial	S3	Superior	2235-25

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21 a 50 anos	Superior em Enfermagem	Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR 32; 3. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Pasta da área; 3. Sistema.

ATRIBUIÇÕES
✓ Trabalhar com estreita cooperação com a coordenação das atividades intensivas, criando uma cultura intensa de parceria no grupo, bem como equipe de outra especialidade; ✓ Atender o paciente com eficácia para uma recuperação menos traumática e mais tranquila; ✓ Inteirar-se de todas as necessidades da unidade e conduzi-las para chegar a um resultado desejado; ✓ Receber o plantão e após avaliar os pacientes com a equipe, distribuir os cuidados de acordo com a capacidade técnica; ✓ Acompanhar o desempenho do ajudante operacional no cuidado e limpeza do setor; ✓ Acompanhar o desempenho do auxiliar de enfermagem no cuidado e limpeza do material, equipamentos, aparelhos, bem como observar o funcionamento dos mesmos e providenciar conserto e reposição quando necessário; ✓ Trabalhar com o serviço de farmácia e de suprimento geral, de forma que facilite o acesso e a chegada de medicação e material de consumo, com rapidez necessária para o bom andamento da atividade; ✓ Dar assistência integral a pacientes sobre sua responsabilidade, acompanhando a evolução e registrar todos os procedimentos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) Obstétrico	Enfermagem	Gerente Assistencial	S3	Superior	223505

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização Enfermagem Obstétrica	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade e segurança do paciente; 4. Legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 (desejável); 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Foco no cliente interno e externo; 6. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Pasta da área; 3. Sistema.

ATRIBUIÇÕES
✓ Promover assistência a gestante e ao recém-nascido em todo processo realizado no hospital; ✓ Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade; ✓ Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento das diversas atividades sob sua responsabilidade, emanadas pela divisão de enfermagem; ✓ Manter plantão permanente de acordo com a escala, fixando as condições para o atendimento ao paciente. ✓ Acompanhar a programação de cirurgias que permita a preparação prévia das salas, equipamentos e materiais; ✓ Requisitar, controlar e registrar os materiais e produtos oriundos do almoxarifado; ✓ Assistir e conduzir o processo de evolução do parto; ✓ Coordenar a equipe de técnicos de enfermagem; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Enfermeiro (a) Supervisor	Enfermagem	Gerente Assistencial	L2	Líder	2235-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Desejável Especialização em Gestão Hospitalar	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gestão de Pessoas.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Implementar ações para a promoção da saúde;
- ✓ Prestar assistência direta aos pacientes de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- ✓ Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- ✓ Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar;
- ✓ Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde;
- ✓ Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;
- ✓ Avaliar desempenho de pessoal de enfermagem;
- ✓ Analisar prontuários assegurando o preenchimento completo;
- ✓ Realizar avaliação de desempenho dos colaboradores, através da supervisão das atividades desempenhadas pelos colaboradores e levantar as necessidades de treinamento para progresso profissional dos colaboradores;
- ✓ Cobrir escala de plantão de setores de seus pares, quando houver necessidade;
- ✓ Coordenar os serviços de enfermagem, monitorando o processo de trabalho para o cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais;
- ✓ Participar de reuniões periódicas, dirimindo ou esclarecendo dúvidas, propondo e sugerindo medidas que visem à melhoria contínua dos trabalhos;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Encarregado de Hotelaria	Administrativo	RT de Hotelaria	M1	Médio	5134-30

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio completo	Desejável experiência na área hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Liderança.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
10. Integração; 11. Protocolos internos; 12. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Supervisionar a equipe de rouparia e serviços gerais; ✓ Elaborar escala de folgas; ✓ Acompanhar o estoque de produtos e solicitar reposição; ✓ Acompanhar a distribuição de roupas nos setores; ✓ Acompanhar a higiene dos setores; ✓ Acompanhar o preenchimento dos formulários; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Encarregado de Manutenção	Administrativo	Coordenador Administrativo (a)	M4	Médio	3131-15

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio e Técnico completo	Desejável estar cursando Engenharia Mecânica, Engenharia Elétrica ou áreas afins. Desejável Curso Técnico de Eletricista.	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração. 2. NR 32. 3. NR 10 – Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Acompanhar a execução de manutenção predial, em instalações elétricas, hidráulicas, hidrossanitárias, de gases e de refrigeração, prestando suporte técnico quando necessário;
- ✓ Acompanhar a execução de manutenção preventiva, calibração e manutenção corretiva de equipamentos médicos e de suporte a vida, prestando suporte técnico quando necessário;
- ✓ Acompanhar serviços de obra e reforma quando delegados pela sua chefia;
- ✓ Treinar os colaboradores (Manutenção e Engenharia Clínica) quanto a novos procedimentos a serem implantados, garantindo que todos saibam executar os serviços, avaliando o desempenho;
- ✓ Distribuir as tarefas entre os técnicos conforme o volume de O.S. para cada equipe de trabalho, com critérios como conhecimento específico do profissional para determinada atividade e disponibilidade do profissional em relação a outras O.S., buscando otimizar a qualidade, o custo e o tempo necessário para cada tipo de atividade;
- ✓ Fornecer a sua chefia informações técnicas importantes para tomada de decisão quanto a execução de serviços internos ou externos;
- ✓ Assegurar que os técnicos estejam utilizando os EPI corretos e de forma adequada, e que estejam seguindo as recomendações do Diálogo Diário de Segurança - DDS na execução de suas atividades de forma segura, bem como monitorar o uso dos uniformes, ferramentas e rádios de comunicação pela equipe técnica;
- ✓ Fiscalizar in loco as informações constantes nos checklists do grupo gerador, sistema de bombas (cisternas), gases e elétrico da unidade. Por amostragem, observar se estão sendo feitos e cumpridos, e se todas as observações importantes quanto a avarias ou fatores que prejudiquem o ideal funcionamento destas estruturas, esteja sendo feitas e as providências necessárias sendo tomadas;

- ✓ Observar, por amostragem, se o PMOC está sendo cumprido na íntegra, e se os registros de tarefas executadas pelos técnicos e auxiliares estão sendo evidenciados no local (limpeza, troca de filtros, desobstrução de drenos) de forma que o que consta no plano esteja sendo de fato executado e devidamente registrado;
- ✓ Verificar e dimensionar equipamentos e materiais de trabalho. Controlar e estabelecer padrões de consumo de material do setor sugerindo medidas preventivas e corretivas visando a economicidade de recursos e melhoria dos processos de trabalho;
- ✓ Participar em conjunto com a Coordenação da Engenharia da Avaliação de Desempenho dos colaboradores;
- ✓ Participar de reuniões setoriais e intersetoriais quando convocado;
- ✓ Conhecer, divulgar cumprir e fazer cumprir os procedimentos contidos nas Instruções de Trabalho, Contrato de Interações de Processo, Manual do Colaborador e Manual da NR 32;
- ✓ Observar, implantar e supervisionar as indicações e orientações do Setor de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH e SESMT – Serviço de Saúde Medicina do Trabalho;
- ✓ Inspecionar organização e limpeza das oficinas, áreas externas e outros ambientes de responsabilidade da engenharia (caldeiras, central de gases, cabine primária, subestações, Estação de Tratamento de Esgoto, Container, casa de máquinas de elevadores e todos os pavimentos mecânicos da unidade), bem como se esses ambientes são mantidos constantemente trancados e com acesso exclusivo de colaboradores de engenharia/manutenção;
- ✓ Auxiliar o superior imediato na elaboração, bem como cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
Cargo	**Departamento**	**A quem se reporta?**	**Classific.**	**Classe**	**CBO**
Encarregado de Faturamento	Administrativo	Coordenador de Faturamento	S2	Superior	4131-15

Idade	Escolaridade	Qualificação Profissional	Experiência
21 a 50 anos	Superior em Administração, estatística ou áreas afins.	Desejável Especialização	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislações relacionados a serviços de saúde; 2. Pacote Office; 3. Atuação com Indicadores na área Hospitalar.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área; 4. E-mail.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Organizar as informações e elaborar os indicadores;
- ✓ Identificar e definir necessidades de informações locais e institucionais representando os interesses das áreas de negócio (dados consumidos x produzidos);
- ✓ Identificar e atuar na resolução de problemas com as informações consumidas;
- ✓ Definir critérios de qualidade das informações;
- ✓ Certificar que os recursos de dados / informações estão de acordo com as necessidades do negócio garantindo a qualidade / padrão das informações;
- ✓ Propor ações/disparar alertas em relação à informação / indicadores analisados;
- ✓ Acompanhar a inserção das informações no sistema;
- ✓ Executar e acompanhar as metas do Plano de Trabalho;
- ✓ Verificar AIH, CID e códigos compatíveis em acordo com o SIGTAP;
- ✓ Lançar cirurgias realizadas para composição de prontuários;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Encarregado de SAME	Administrativo	Coordenador do SAME	S2	Superior	2613-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração	Experiência em sistema de arquivamento	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Ferramentas da Qualidade; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Ferramentas da Qualidade.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos internos; 6. NR 32.	5. Sistema; 6. E-mail; 7. Internet; 8. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Verificar toda assistência prestada ao paciente; ✓ Analisar as contas hospitalares; ✓ Realizar justificativas e recursos de glosas; ✓ Verificar AIH, CID e códigos compatíveis de acordo com o SIGTAP; ✓ Verificar e atestar prontuários pós procedimentos quando solicitado pelo paciente; ✓ Utilizar recursos de informática, ✓ Lançar cirurgias realizadas para a composição de prontuário, ✓ Padronizar normas e procedimentos de enfermagem relacionadas a auditoria; ✓ Elaborar planos de ação para redução de glosas; ✓ Orientar quanto a documentação para realização de procedimentos; ✓ Orientar e treinar equipe multiprofissional para correto preenchimento de formulários, checklists e outros; ✓ Apurar indicadores e elaborar relatórios da área para apresentação mensal; ✓ Gerenciar e controlar prontuários; ✓ Organizar arquivo; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Eletricista	Administrativo	Encarregado de Manutenção	M1	Médio	7156-15

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio Completo	Curso completo de elétrica	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança do trabalho 2. NR 10 – Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade.	1. Administração do tempo; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração. 2. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Executar manutenção elétrica preventiva, corretiva e preditivas em máquinas, equipamentos e instalações elétricas nas dependências da unidade, dentro de seu conhecimento técnico;
- ✓ Detectar os defeitos, visualmente ou utilizando instrumentos específicos para tal;
- ✓ Substituir e/ou reparar as peças e componentes necessários, a fim de assegurar que tenham plenas condições de funcionamento;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Farmacêutico (a)	Farmácia	RT de Farmácia	S3	Superior	223405

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Farmácia	Desejável Pós-graduação em Farmácia Clínica Hospitalar	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 3. Gestão de Custos; 4. Ferramentas da Qualidade; 5. Gestão de Pessoas 6. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área; 4. CAF; 5. E-mail.

ATRIBUIÇÕES
✓ Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais. ✓ Providenciar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados. ✓ Distribuir os materiais e medicamentos, de acordo com as requisições recebidas. ✓ Proceder ao controle de entrada e saída de medicamentos e materiais. ✓ Contribuir e participar no controle de estoque de medicamentos e materiais, auxiliando o responsável técnico a exercer as ações conforme legislação vigente; ✓ Contribuir na gestão do setor, desenvolvendo ações de melhoria e liderança de equipes; ✓ Realizar rotinas de farmácia clínica diariamente (intervenções, evoluções, conciliações medicamentosas, orientações de alta farmacêutica, etc.); ✓ Participar das ações junto à equipe multidisciplinar; ✓ Realizar entrada de notas fiscais e recebimento de mercadorias; ✓ Atender clientes internos e externos nas demandas da farmácia; ✓ Participar dos processos de padronização de materiais e medicamentos; ✓ Participar da elaboração de relatórios mensais de produção da farmácia; ✓ Elaborar e realizar treinamentos pertinentes aos procedimentos da farmácia; ✓ Participar dos processos de solicitação de compras da farmácia; ✓ Executar e gerenciar as rotinas administrativas do setor; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Fisioterapeuta	Assistencial	Gerente Assistencial	S3	Superior	2236-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Fisioterapia	Desejável Pós-graduação Fisioterapia Hospitalar	Mínimo 1 ano

1. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Executar métodos, técnicas fisioterapêuticas e análise crítica que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; ✓ Avaliar, reavaliar e determinar as condições de alta do paciente submetido à fisioterapia; ✓ Direcionar atividades, bem como a responsabilidade técnica pelo desempenho dessas atividades; ✓ Prescrever, ministrar e supervisionar atendimento fisioterapêutico, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de ação isolada ou concomitante de mais técnicas. ✓ Elaborar relatórios dos atendimentos realizados pela área. ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Fisioterapeuta UTI	Assistencial	Coordenador Multiprofissional	S3	Superior	2236-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Fisioterapia	Desejável Pós-graduação Fisioterapia Intensiva	Mínimo 1 ano

2. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Planejar assistência de fisioterapia e cuidados complexos, através de acompanhamento diário dos pacientes; ✓ Participar da elaboração de protocolos relacionados a assistência fisioterapêutica; ✓ Participar do processo de implantação do Sistema de Qualidade na sua área de atuação; ✓ Acompanhar a evolução diária do paciente através da observação de exames complementares, e programar, em conjunto com a equipe multi, estratégias de atendimento fisioterapêutico; ✓ Participar da elaboração de manuais, rotinas, procedimentos e impressos necessários à organização do serviço, sempre atendendo a padronização e orientações da unidade; ✓ Elaborar estratégias de acordo com protocolos, otimizando o desmame da prótese ventilatória; ✓ Elaborar, monitorar estatísticas de atendimento; ✓ Auxiliar a coordenação da fisioterapia na avaliação dos fisioterapeutas assistenciais; ✓ Pontuar, de acordo com observações diárias, questões na equipe fisioterapêutica que necessitem de intervenção da coordenação; ✓ Participar de discussões diárias com a equipe multi sobre tópicos relacionados ao atendimento, evolução e propostas para cada paciente; ✓ Avaliar necessidades materiais para a assistência adequada da equipe fisioterapêutica e listá-las à coordenação da equipe; ✓ Auxiliar a gerência dos indicadores estratégicos e assistenciais, através do acompanhamento dos mesmos; ✓ Auxiliar a coordenação da equipe na avaliação semestral dos fisioterapeutas assistenciais de acordo com política interna; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Fonoaudiólogo (a)	Assistencial	Coordenador Multiprofissional	S3	Superior	2237-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Fonoaudiologia	Desejável Especialização	01 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Avaliar e atuar nos distúrbios da comunicação (fala, voz e linguagem) e deglutição (disfagias); ✓ Realizar tratamento fonoaudiológico para prevenção, habilitação e reabilitação de pacientes e clientes aplicando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia; ✓ Realizar diagnóstico fonoaudiológico; ✓ Atuar precoce e preventivamente através da triagem, avaliação, orientação e tratamento em alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos; ✓ Conduzir através de avaliações específicas (de acordo com o sintoma) o paciente com alterações de comunicação; ✓ Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiológico precocemente; ✓ Retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção, mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e evitando reinternações por infecções respiratórias; ✓ Orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco de disfagia e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica; ✓ Avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da deglutição e do processo de alimentação, através da avaliação clínica fonoaudiológica da disfagia; ✓ Analisar o processo de deglutição observando a presença dos aspectos funcionais esperados para cada uma de suas etapas, bem como, solicitar exames complementares que auxiliam no processo diagnóstico e terapêutico dos distúrbios de deglutição; ✓ Realizar o tratamento - habilitação/ reabilitação/ compensação/ adaptação/ gerenciamento - dos distúrbios da deglutição; ✓ Participar da discussão junto à equipe multidisciplinar sobre a prescrição da consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para a administração da dieta por via oral de forma segura; ✓ Realizar as intervenções necessárias junto ao indivíduo com disfagia, mensurando a eficácia dos procedimentos, para que o mesmo possa minimizar, compensar ou adaptar as dificuldades de deglutição;

- ✓ Colaborar, junto à equipe na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, quando classificado o risco de alimentação via oral;
- ✓ Elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais durante exames instrumentais e objetivos da deglutição, ambulatoriais ou hospitalares, realizando análise e laudo funcional da deglutição;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente Administrativo (a)	Administrativo	Diretor Administrativo (a)	L2	Líder	1421-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração ou afins	Desejável Pós-graduação Gestão Hospitalar	Mínimo 1 ano

3. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 3. Gestão de pessoas e processos; 4. Gestão de Custos; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 (desejável); 7. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito; 11. Gestão de Pessoas.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Criar métodos de trabalho que garantam o bom funcionamento do hospital; ✓ Interagir com todas as áreas do hospital, mantendo o bom ambiente e controle; ✓ Planejar atividades diárias e rotinas do hospital; ✓ Organizar o funcionamento dos vários setores do Hospital; ✓ Garantir a perfeita circulação de informações e orientações; ✓ Delegar funções evitar falhas de comunicação, escassez ou excesso de empregados; ✓ Evitar custos desnecessários ou outros problemas que gerem desperdício, ineficiência, prejuízo à produção, déficit orçamentário; ✓ Planejar, organizar e controlar as atividades administrativas do hospital; ✓ Traçar estratégias e métodos de trabalho para administrar as situações de crise; ✓ Reportar a Diretoria através de relatórios de controle sobre os processos sob seu controle; ✓ Manter relacionamento direto e cordial com a Secretaria de Saúde; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.M3**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente de Compras	Suprimentos	Diretor (a) Financeiro	L2	Líder	1424-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Administração, Logística, ou áreas afins	Pós-graduação em Gestão de Suprimentos	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gestão de Pessoas; 11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR- 32; 3. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Pasta da área; 4. Internet.

ATRIBUIÇÕES
✓ Planejar, gerir e controlar todos os processos de compras; ✓ Realizar o desenvolvimento e homologação de novos fornecedores; ✓ Fazer a gestão do cadastro de fornecedores, realização de visitas técnicas e resolução de conflitos; ✓ Fazer a criação e programação de indicadores de desempenho do departamento de compras; ✓ Acompanhar as grandes tendências no mercado de fornecimento; ✓ Fazer a gestão da equipe de compradores; ✓ Planejar, dirigir e controlar as compras de materiais e equipamentos, de acordo com as políticas e necessidades da empresa; ✓ Orientar e participar no desenvolvimento de novos fornecedores e das elaborações de forma a obter melhores preços, condições de pagamento e prazo de entrega; ✓ Supervisionar a elaboração e manutenção de cadastro de fornecedores; ✓ Atuar com gestão de equipe, sendo responsável, pela análise e definição do mix de produto, margem e giro, atuar com negociação de preços com os fornecedores, prazo de entrega e formas pagamento e gestão de estoque; ✓ Atuar com manutenção e acompanhamento da carteira de pedidos incluindo follow-up de entrega de pedidos; ✓ Acompanhar o desempenho e análise dos indicadores específicos; ✓ Ajustar o planejamento de compras e as necessidades da empresa; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente Assistencial	Enfermagem	Diretor Assistencial	L2	Líder	1312-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas ou afins	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Ferramentas da Qualidade; 7. NR- 32 desejável; 8. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gestão de Pessoas; 11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. E-mail; 2. Internet; 3. Sistema; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Elaborar escalas e dimensionamento de pessoal;
- ✓ Assegurar a qualidade no atendimento e humanização assistencial;
- ✓ Liderar equipes, garantir a escala adequada para o funcionamento dos setores multiprofissionais;
- ✓ Auxiliar nas rotinas e procedimentos das áreas;
- ✓ Elaborar relatórios gerenciais;
- ✓ Gerenciar fluxo de atendimento de pacientes;
- ✓ Emitir parecer técnico referente ao processo de padronização, aquisição, distribuição, instalação e utilização de materiais;
- ✓ Realizar o controle de solicitações e liberações de materiais;
- ✓ Controlar os indicadores da área de atuação;
- ✓ Atuar como multiplicador do conhecimento e gerenciar a assistência técnica prestada pela equipe multiprofissional;
- ✓ Manter o sistema de avaliação contínuo e realizar reuniões periódicas com os departamentos assistenciais;
- ✓ Monitorar o desempenho e a produtividade da equipe;
- ✓ Acompanhar o cumprimento das metas do contrato de gestão;
- ✓ Participar de programas de controle de infecção hospitalar;
- ✓ Revisar protocolos operacionais das áreas sob sua gestão;
- ✓ Monitorar e atuar sobre os indicadores de qualidade e segurança do paciente;
- ✓ Propor ações de melhoria contínua;
- ✓ Participar de campanhas de combate aos agravos da saúde;

- ✓ Participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador;
- ✓ Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde;
- ✓ Acompanhar e organizar fluxo do setor de atuação;
- ✓ Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica;
- ✓ Formar e acompanhar as Comissões obrigatórias;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente de Facilities	Facilities	Diretor (a) Administrativo	L2	Líder	1427-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Engenharia Civil ou afins	Desejável Pós-graduação	Mínimo 2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Gestão de pessoas e processos; 5. Gestão de Custos; 6. Autocad (desejável) 7. Pacote Office intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Gestão de Pessoas; 10. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 35, 32, 12, 10	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Liderar processos de caráter técnico;
- ✓ Gestão de pessoas;
- ✓ Realizar produção e aperfeiçoamento de instalações, máquinas, motores e demais equipamentos;
- ✓ Responder pelos Indicadores de manutenção;
- ✓ Liderar as rotinas e atividades de manutenção e monitoramento;
- ✓ Interagir com fornecedores;
- ✓ Emitir relatório de performance de manutenção;
- ✓ Acompanhar/monitorar atividades da equipe e do setor quanto ao atendimento das demandas de serviços;
- ✓ Realizar o planejamento das manutenções preventivas do setor;
- ✓ Providenciar orçamentos de reparos;
- ✓ Analisar os custos das manutenções;
- ✓ Elaborar, interpretar e acompanhar projetos de engenharia e de manutenção;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente de Farmácia	Farmácia	Diretor (a) Assistencial	L2	Líder	2234-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Farmácia	Especialização em Farmácia Hospitalar	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 3. Gestão de Custos; 4. Ferramentas da Qualidade; 5. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Gestão de Pessoas.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área; 4. CAF; 5. E-mail.

ATRIBUIÇÕES
✓ Acompanhar escalas; ✓ Liderar equipes, garantir a escala adequada para atendimento das demandas da assistência; ✓ Gerenciar e implementar melhoria nas rotinas e procedimentos da área; ✓ Elaborar relatórios gerenciais; ✓ Gerenciar fluxo de estoque de medicamentos; ✓ Realizar o controle de solicitações e liberações de materiais; ✓ Controlar os indicadores da área de atuação; ✓ Atuar como multiplicador do conhecimento e gerenciar a assistência técnica prestada pela equipe farmacêutica; ✓ Manter o sistema de avaliação contínuo e realizar reuniões periódicas com o RT das unidades; ✓ Desenvolver relatórios gerenciais; ✓ Realizar estudo e plano de ação para implantação de novos projetos; ✓ Acompanhar o processo de contratação de novos profissionais; ✓ Acompanhar solicitação de compras das unidades, realizada pelos RT das unidades; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente de Projetos	Administrativo	Diretor (a) Assistencial	L2	Líder	1426-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21 a 50 anos	Superior em Administração ou afins	Especialização em Gestão de Projetos	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislações relacionados a serviços de saúde; 2. Gestão de pessoas e processos; 3. Gestão de Custos; 4. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Gestão de Pessoas.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área; 4. E-mail.

ATRIBUIÇÕES
✓ Liderar e desenvolver projetos; ✓ Gerir pessoas vinculadas a área; ✓ Emitir relatório de performance; ✓ Auxiliar a equipe, controlando prazos de entregas; ✓ Acompanhar e alinhar dúvidas referentes aos projetos; ✓ Acompanhar o desenvolvimento de projetos; ✓ Participar de reuniões de definição; ✓ Prestar o suporte as áreas no controle e acompanhamento das atividades dos projetos após aprovação; ✓ Apresentar relatórios de controle e performance dos projetos; ✓ Interagir junto as áreas com o objetivo de melhorar os projetos; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Gerente de Recursos Humanos	RH	Diretor (a) de RH	L2	Líder	2524-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Psicologia, Administração ou afins	Desejável Especialização	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Testes de recrutamento e seleção; 3. Treinamento e desenvolvimento; 4. Normas de segurança no trabalho; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 7. Gestão de pessoas e processos; 8. Gestão de Custos; 9. Ferramentas da Qualidade; 10. Pacote Office Avançado.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão; 10. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Planejar e instituir as atividades da área de recursos humanos; ✓ Recrutamento e seleção de líderes e executivos; ✓ Gerenciar e realizar a manutenção do plano de cargos e salários; ✓ Gerenciar e acompanhar os programas de treinamento, capacitação técnica e comportamental; ✓ Administrar folha de pagamento, benefícios, registros e controle de serviços prestados por terceiros; ✓ Estruturar e assegurar o cumprimento das políticas e normativos de recursos humanos; ✓ Assegurar a conformidade legal das práticas de recursos humanos, de acordo com as exigências legais; ✓ Estruturar pesquisa de clima; ✓ Planejar e gerenciar a avaliação de desempenho; ✓ Estruturar a progressão de carreira; ✓ Preparar/auxiliar no orçamento da área; ✓ Planejar e estruturar políticas de remuneração e benefícios; ✓ Manter programas de benefícios, estudando e avaliando novas práticas de acordo com as práticas de mercado; ✓ Gerenciar processos de seleção, testes, entrevistas e integração de novos colaboradores; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Lactarista	Assistencial	Nutricionista	M1	Médio	2237-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Médio Completo	Desejável curso de Lactarista	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. NR- 32 desejável	5. Administração do tempo; 6. Relacionamento humanizado; 7. Ética e honestidade; 8. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Preparar e envasar as fórmulas lácteas, chá, achocolatado, sucos, vitaminas, papas de frutas e suplementos,
- ✓ Preparar e envasar as dietas enterais (sistema fechado e aberto), água filtrada (com ou sem fibras, ou glutamina);
- ✓ Identificar as preparações com etiquetas com nome do paciente, leito, horário de entrega, nome do produto, data de validade;
- ✓ Conferir preparação antes do envio através dos mapas preenchidos pelas nutricionistas; manter a organização e higienização do lactário.
- ✓ Conhecer, viabilizar e executar as atividades garantindo o cumprimento dos requisitos dos Protocolos da Instituição.
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Motorista	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	M4	Médio	7823-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
Desejável entre 30 e 50 anos	Ensino Médio	CNH Categoria B	Mínimo 3 anos

4. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Direção defensiva.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Veículo.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Atender às de transporte pessoal, e cargas em geral dos setores;
- ✓ Manter o veículo sob sua responsabilidade em perfeito estado e satisfatórias condições de funcionamento, comunicando a quem de direito as falhas/avarias verificadas ou, se for o caso, operar pequenos consertos, na ausência de profissional especializado;
- ✓ Notificar à liderança imediata todas as falhas/avarias detectadas;
- ✓ Anotar despesas com abastecimento, quilometragem e consumo;
- ✓ Manter o veículo convenientemente abastecido e lubrificado;
- ✓ Propor à liderança o programa de revisões e manutenções periódicas;
- ✓ Verificar e atestar a qualidade dos serviços prestados por concessionárias ou oficinas autorizadas na manutenção preventiva ou corretiva a que forem submetidos veículos da frota do hospital;
- ✓ Elaborar relatórios de ocorrências, comunicando à liderança imediata;
- ✓ Apresentar dados para elaboração de estatística na periodicidade determinada pela liderança imediata;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Nutricionista	Assistencial	Gerente Assistencial	S3	Superior	2237-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Superior em Nutrição	Desejável Especialização	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. E-mail; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Prestar assistência nutricional aos pacientes; ✓ Promover a padronização de dietas e cardápio elaborados para sadios e enfermos; ✓ Controlar a quantidade e qualidade das dietas preparadas; ✓ Providenciar coleta de amostra de alimentos para análise; ✓ Orientar, supervisionar e avaliar a qualidade dos cuidados dietéticos dispensados aos pacientes; ✓ Manter relacionamento funcional da nutrição com as demais áreas do hospital; ✓ Cooperar com as instituições de ensino e pesquisas no que se refere à nutrição e dietética; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Ouvidor (a)	SAU	Gerente Administrativo (a)	S3	Superior	1423-40

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Superior Completo	Desejável Pós-graduação em Ouvidoria	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. E-mail; 2. Sistema; 3. Internet; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Atuar na Ouvidoria do hospital, realizando a mediação das reclamações/comunicados recebidos e elaborando respostas formais de acordo com a pertinência e conteúdo; ✓ Encaminhar os dados da Ouvidoria aos responsáveis, de acordo com a sigilosidade, para devida ciência e resposta; ✓ Garantir que todas os contatos recebidos pela Ouvidoria que necessitam de resposta sejam atendidos de acordo com os prazos estabelecidos, atuando junto aos responsáveis; ✓ Reportar a diretoria da unidade sobre os contatos recebidos pela Ouvidoria, elaborando relatórios e apresentações; ✓ Realizar arquivamento de documentos; ✓ Gerir conta de e-mail específica; ✓ Elaborar relatório mensal do SAU; ✓ Coordenar a aplicação e apuração da pesquisa de satisfação; ✓ Coordenar serviços do SAU, posso ajudar e visitas em leito; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Pedreiro	Administrativo	Encarregado de Manutenção	M1	Médio	7166-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental completo	Experiência com construção, reforma e área civil	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança do trabalho	1. Administração do tempo; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração. 2. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Executar trabalhos de alvenaria, concreto e outros materiais, durante a reforma, modificando ou ampliando imóveis da Instituição;
- ✓ Verificar as características dos trabalhos a serem executados, examinando plantas e especificações, para orientar-se na escolha de material necessário apropriado e na forma de execução dos trabalhos;
- ✓ Preparar argamassa a ser empregada no assentamento de tijolos, ladrilhos, azulejos e materiais afins, misturando cimento, areia e água, dosando as quantidades de forma adequada;
- ✓ Construir alicerces, empregando pedras e cimento para formar a base das paredes, muros e outras construções similares;
- ✓ Assentar tijolos, ladrilhos, pisos e azulejos, colocando-os em fileiras horizontais ou seguindo os desenhos, unindo-os com argamassa para levantar paredes, vergas, pilares, degraus etc.;
- ✓ Rebocar as estruturas construídas, empregando argamassas de cal ou cimento e areia, atentando para o prumo e nivelamento deles;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Pintor	Administrativo	Encarregado de Manutenção	M1	Médio	7166-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Ensino Fundamental completo	Desejável curso de qualificação na área.	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança do trabalho	1. Administração do tempo; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração. 2. NR 32.	1. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Pintar as superfícies externas e internas de edifícios e outras obras civis;
- ✓ Preparar e aplicar a tinta na superfície que irá receber pintura;
- ✓ Revestir tetos, paredes e outras partes de edificações com papel e materiais plásticos;
- ✓ Para outras atividades, preparar as superfícies a revesti-las;
- ✓ Realizar texturas dentre outros acabamentos;
- ✓ Utilizar pigmentos em forma líquida para colorir uma superfície, atribuindo tons e texturas, esta superfície pode ser tela, papel ou parede;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Psicólogo (a) Hospitalar	Assistencial	Gerente Assistencial	S2	Superior	2515-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Psicologia	Desejável Pós-graduação em Psicologia Hospitalar	Mínimo 1 ano

5. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Ferramentas da Qualidade; 4. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 5. Ferramentas da Qualidade; 6. NR- 32 desejável; 7. Pacote Office Intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. Internet; 3. E-mail; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Suporte emocional aos pacientes com foco na redução do sofrimento no momento da hospitalização; ✓ Atender pacientes e familiares e mediar a relação com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde em pré e pós cirúrgico; ✓ Encaminhar o paciente, se necessário, para continuidade de tratamentos adequados; ✓ Realizar atribuições protocolares estabelecidas; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Supervisor Administrativo	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	L2	Líder	4101-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração ou afins	Desejável Pós-graduação	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office intermediário; 2. Gestão de contratos.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Sistema; 2. Internet; 3. E-mail; 4. Rádio; 5. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Responder pela supervisão administrativa da unidade e garantir o bom funcionamento hospitalar, fundamentada na eficácia e qualidade dos serviços prestados;
- ✓ Supervisionar todo o processo da cadeia de logística de forma a garantir alternativas que melhorem a relação de custo benefício em todas as etapas dos processos;
- ✓ Assegurar a produtividade das equipes, controle do desperdício, resultados coletivos e indicadores da área de atuação;
- ✓ Supervisionar as ações do programa de qualidade e melhoria contínua dos processos e resultados da área de atuação;
- ✓ Analisar e conferir todos os dados estatísticos apurados;
- ✓ Garantir a entrega das informações que farão composição da prestação de contas mensal;
- ✓ Elaborar e supervisionar relatórios com indicadores gerenciais setoriais e avaliação de desempenho;
- ✓ Manter a guarda e sigilo sobre o conteúdo dos prontuários e demais documentos da instituição;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;
- ✓ Manter o regimento dos serviços administrativos e técnicos atualizados;
- ✓ Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- ✓ Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Técnico de Enfermagem	Enfermagem	Gerente Assistencial	T1	Técnico	3222-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Ensino Médio	Técnico em Enfermagem	2 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
7. Normas de segurança no trabalho; 8. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 9. Ferramentas da Qualidade e segurança hospitalar; 10. NR- 32 (desejável); 11. Instrumentação cirúrgica (desejável); 12. Pacote Office básico.	7. Inteligência emocional; 8. Administração do tempo; 9. Relacionamento humanizado; 10. Ética e honestidade; 11. Direcionador de soluções; 12. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos Internos; 6. NR 32.	2. Sistema.

ATRIBUIÇÕES
✓ Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem; ✓ Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistemático da infecção hospitalar e controle de – danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; ✓ Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido. ✓ Prestar cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios; ✓ Executar atividades de desinfecção e esterilização; ✓ Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; ✓ Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar; ✓ Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Téc. de Enfermagem do Trabalho	Administrativo	Coordenador de RH	T1	Técnico	3222-15

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Técnico de Enfermagem	Enfermagem do Trabalho	Mínimo 1 ano

7. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Normas de segurança no trabalho; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Ferramentas da Qualidade; 5. NR- 32; 6. Pacote Office intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. NR-32; 3. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. E-mail; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Realizar as rotinas dos exames admissionais, demissionais e periódicos; ✓ Convocar os colaboradores para realizar o exame periódico; ✓ Manter os prontuários de saúde dos colaboradores, ASOS e exames complementares organizados e atualizados; ✓ Controlar os atestados médicos, afastamentos e absenteísmo; ✓ Acompanhar a imunização dos profissionais; ✓ Participar dos programas de prevenção de acidentes; ✓ Gerar relatórios e indicadores para tomada de ação pelos gestores; ✓ Atender os colaboradores, prestar primeiros socorros e encaminhar conforme demanda; ✓ Acompanhar remoção de colaboradores; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Técnico em Informática	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	T1	Técnico	3132-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Ensino Médio	Desejável Superior Cursando em TI e afins	Mínimo 1 ano

6. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Pacote Office Intermediário; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo hospitalar; 3. Experiência em Hardware, Software, processamento e banco de dados.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração.	1. Sistema; 2. Rede; 3. Internet; 4. E-mail; 5. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES

- ✓ Instalar e configurar sistemas de redes, softwares e hardwares, orientando os usuários nas especificações e comandos necessários para sua utilização;
- ✓ Organizar e controlar os materiais necessários para a execução das tarefas de operação, ordem de serviço, resultados dos processamentos e suprimentos,
- ✓ Operar equipamentos de processamento automatizados de dados;
- ✓ Interpretar as mensagens exibidas no monitor, adotando as medidas necessárias;
- ✓ Notificar e informar aos usuários do sistema ou ao analista de informática, sobre qualquer falha ocorrida;
- ✓ Executar e controlar os serviços de processamento de dados nos equipamentos que opera;
- ✓ Executar o suporte técnico para garantir o bom funcionamento dos equipamentos, com substituição, configuração e instalação de módulos, partes e componentes;
- ✓ Administrar cópias de segurança, impressão e segurança dos equipamentos em sua área de atuação;
- ✓ Executar o controle dos fluxos de atividades, preparação e acompanhamento da fase de processamento dos serviços e/ou monitoramento do funcionamento de redes de computadores;
- ✓ Controlar e zelar pela correta utilização dos equipamentos;
- ✓ Auxiliar na execução de planos de manutenção, dos equipamentos, dos programas, das redes de computadores e dos sistemas operacionais;
- ✓ Elaborar, atualizar e manter a documentação técnica necessária para a operação e manutenção das redes de computadores;
- ✓ Treinar usuários e controlar acesso aos sistemas;
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Técnico em Nutrição	Assistencial	Nutricionista	T1	Técnico	3252-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
21-50 anos	Técnico em Nutrição e Dietética	N/A	1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Ferramentas da Qualidade; 5. NR- 32 desejável; 6. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Visão sistêmica; 5. Foco no resultado; 6. Ética e honestidade; 7. Direcionador de soluções; 8. Foco no cliente interno e externo; 9. Tomada de decisão sob pressão.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos internos; 3. NR 32.	1. Sistema; 2. Internet; 3. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Controlar o preparo de refeições de pacientes e funcionários, observando e instruindo, quanto à aplicação de técnicas adequadas de higienização, pré-preparo, cocção e armazenamento de alimentos. ✓ Monitorar níveis de estoque de gêneros alimentícios e materiais da cozinha, efetuando balanços e cálculos de consumo, requisitando-os ao almoxarifado ou emitindo pedidos de compras, cotando, semanalmente, preços de perecíveis e controlando qualidade e quantidade dos produtos no ato do recebimento. ✓ Zelar pela manutenção dos equipamentos da cozinha, inspecionando-os, solicitando consertos e testando seu funcionamento. ✓ Coletar dados junto a pacientes e funcionários, para avaliação de aceitação de refeições. ✓ Elaborar mapas de controle de número e tipos de dietas. ✓ Manter atualizadas as folhas de alimentação das copas. ✓ Elaborar escalas de limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho. ✓ Acompanhar a distribuição de refeições aos comensais. ✓ Auxiliar na organização de arquivos, envio e recebimento de documentos, pertinentes a sua área de atuação para assegurar a pronta localização de dados. ✓ Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropria-dos, quando da execução dos serviços. ✓ Ter conhecimento das normas e procedimentos de biossegurança. ✓ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. ✓ Executar tratamento e descarte de resíduos de materiais provenientes de seu local de trabalho. ✓ Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor. ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Téc. em Segurança do Trabalho	Administrativo	Gerente Administrativo (a)	T1	Técnico	3132-20

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Ensino Médio	Técnico Segurança do Trabalho	Mínimo 1 ano

7. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista; 2. Normas de segurança no trabalho; 3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde; 4. Ferramentas da Qualidade; 5. NR- 32; 6. Pacote Office intermediário.	1. Inteligência emocional; 2. Administração do tempo; 3. Relacionamento humanizado; 4. Ética e honestidade; 5. Direcionador de soluções; 6. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
4. Integração; 5. Protocolos Internos.	1. Sistema; 2. Internet; 3. E-mail; 4. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
✓ Participar da elaboração e implementar política de saúde e segurança no trabalho (SST); ✓ Realizar ronda em todos os ambientes do hospital, inspecionando instalações e equipamentos da empresa, observando as condições de trabalho, para determinar fatores e riscos de acidentes e orientar os colaboradores; ✓ Realizar inspeções relacionadas ao fornecimento e uso de equipamentos de proteção individual (EPI), providenciando a substituição e aquisição, quando necessário; bem como verificando as fichas de controle dos EPI e confirmando se são os mais adequados a cada atividade. ✓ Realizar auditoria, acompanhamento e avaliação na área; ✓ Identificar variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente; ✓ Desenvolver ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho; ✓ Participar de perícias e fiscalizações e integram processos de negociação; ✓ Participar da adoção de tecnologias e processos de trabalho; ✓ Gerenciar documentação de SST; ✓ Investigar, analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle; ✓ Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão; ✓ Suporte na gestão da CIPA e na organização da SIPAT; ✓ Inspecionar postos de combate a incêndio; ✓ Propor normas e dispositivos de segurança do trabalho; ✓ Monitorar ASOS, e programas PPRA, PCMSO, PIO e LTCAT; ✓ Treinar colaboradores sobre normas e procedimentos de segurança; ✓ Proceder com abertura de CAT; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	**DEPARTAMENTO**	**A QUEM SE REPORTA?**	**CLASSIF.**	**CLASSE**	**CBO**
Téc. em Imobilização Ortopédica	Assistencial	Gerente Assistencial	T1	Técnico	322205

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Ensino Médio	Técnico em Enfermagem/ Curso de Imobilização Ortopédica	1 ano

1. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho; 2. Ferramentas da Qualidade 3. NR- 32 (desejável); 4. Pacote Office básico.	1. Inteligência emocional; 2. Relacionamento humanizado; 3. Ética e honestidade; 4. Foco no cliente interno e externo.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração; 2. Protocolos Internos.	1. Sistema.

ATRIBUIÇÕES
✓ Confeccionar e retiram aparelhos gessados, talas gessadas (goteiras, calhas) e enfaixamentos com uso de material convencional e sintético (resina de fibra de vidro); ✓ Executar imobilizações com uso de esparadrapo e talas digitais (imobilizações para dedos); ✓ Preparar e executar trações cutâneas, auxiliar o médico ortopedista na instalação de trações esqueléticas e nas manobras de redução manual com uso de anestésico local; ✓ Preparar sala para pequenos procedimentos fora do centro cirúrgico, como pequenas suturas e anestesia local para punções e infiltrações; ✓ Comunicar-se oralmente e por escrito, com os usuários e profissionais da área de saúde; ✓ Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

3. POLÍTICA

3.1 Objetivo

Definir as funções, requisitos e remuneração da BHCL e unidades sob sua gestão, com o objetivo organizar e padronizar os cargos internos e garantir competitividade salarial em relação ao mercado.

Os objetivos específicos são:

- ✓ Estabelecer critérios a serem observados na administração do Plano de Cargos, Salários e Benefícios da BHCL e unidades sob sua gestão;
- ✓ Definir estrutura de cargos adequada e transparente aos processos organizacionais; Gerar conjunto de orientações e regras de remuneração e movimentação;
- ✓ Assegurar uma remuneração alinhada às práticas de mercado em função do valor que agrega à organização.

Nota: As regras e critérios estabelecidos nesta política estão vinculados diretamente ao modelo de gestão estabelecido e podem ser alterados a qualquer tempo, sem prévio aviso, em função das demandas ou necessidades do negócio.

3.2 Abrangência

Aplica-se a todos os colaboradores da BHCL e das unidades sob sua gestão**.**

3.3 Diretrizes

3.3.1 Cargos, salários e benefícios

As diretrizes da política de cargos, salários e benefícios denominado, tem como principal objetivo, definir o nível hierárquico, assim como as possíveis

trajetórias de crescimento profissional. Podem ser subdivididos e classificados nos seguintes estágios de senioridade:

.

Estágio de Senioridade	Descrição do Estágio de Senioridade
I	Início de carreira, desenvolve trabalhos de menor complexidade e requer constante acompanhamento de liderança.
II	Significativa experiência e maturidade profissional para desenvolver e/ou liderar tecnicamente trabalhos de média complexidade e requer menor acompanhamento da liderança.
III	Sólida experiência e maturidade profissional para desenvolver e liderar tecnicamente trabalhos com alto grau de complexidade e requer eventual acompanhamento da liderança.
*IV	Alta qualificação e competência técnica diferenciada, reconhecida pelos colaboradores. Consultor interno de visão global da área de atuação, domínio de uma ou mais tecnologias específicas com alto grau de autonomia.
*V	Sólida e relevante experiência profissional, posições de representação, comando e de gestão.

(*) Não é necessariamente uma posição permanente da organização e sua criação está condicionada à existência de projetos específicos, que requeiram experiência diferenciada e/ou a circunstâncias onde o domínio absoluto de determinada tecnologia ou especialização seja fundamental. O nível IV e V não são requeridos em todas as áreas/processos da BHCL.

3.3.2 Salários normatizados por lei

Os cargos cujos salários estejam normatizados por lei, acordos, convenções ou dissídios coletivos, serão aplicados o índice determinado pelo documento convencional, bem como o índice de reajuste para cada categoria de trabalhadores, sempre que o valor for inferior ao plano de cargos e salários institucional. Para as categorias profissionais não regulamentadas, o salário de referência será baseado nos valores apontados na pesquisa salarial regional.

3.4.1. *3.3.2.1 Cargos de Gestão*

Haverá um patamar mínimo de 40% de variação salarial entre a função de coordenação, e o maior salário dos colaboradores subordinados a esse gestor. Caso a categoria profissional requeira função de gerência e direção, em virtude dos critérios de complexidade da atividade, será estabelecido o patamar de até 30% de variação em relação à função de coordenação.

3.3.3 Faixa Salarial

O intervalo de valores atribuídos a cada grupo salarial será composto por um ponto inicial (90%) e um máximo (120%), onde o ponto médio (100%) representa a mediana de remuneração do mercado para o cargo referenciado neste grupo salarial.

3.3.4 Valor salarial superior ao estabelecido

Será permitida a contratação de colaboradores com valor salarial superior ao estabelecido, mediante justificativa apresentada pela área de Recursos Humanos e aprovação do conselho diretor quando houver escassez de recursos no mercado local para o cargo objeto da contratação.

3.3.5 Aprovações de alteração salarial

A alteração salarial deverá ser aprovada sempre pelo Conselho Diretor em conjunto com a Diretoria de Recursos Humanos;

3.4.2. *3.3.5.1 Descrição de atividades*

Caberá aos membros das áreas realizarem as descrições de suas atividades e dos respectivos cargos , com base no modelo elaborado pela diretoria de Recursos Humanos, que por sua vez deve apoiar o processo, homologando o resultado, atualizando o Plano de Cargos e Salários da BHCL.

3.3.5.2 Atualização das descrições

Uma vez criadas, as respectivas descrições das posições serão atualizadas sempre que houver: alterações organizacionais (reestruturação ou racionalização de processos) ou quando se fizer necessário.

Caberá à diretoria de Recursos Humanos avaliar os cargos e inseri-los na escala salarial vigente revisando-os quando necessário ou no período de até 1 (um) ano.

3.3.5.2. Ciclo de revisão salarial

As movimentações salariais ocorrerão no ciclo de revisão salarial a ser definida pela diretoria de Recursos Humanos, **no mês de janeiro de cada ano**, podendo ocorrer uma segunda revisão em agosto, caso necessário.

3.3.5.3. Impacto das movimentações

A diretoria de Recursos Humanos realizará uma análise do impacto das movimentações salariais propostas e equilíbrio interno, posição salarial versus mercado, coerência com outras áreas, pré-requisitos previamente definidos no plano de carreira e sucessão.

3.3.6 Promoção

Nos casos de promoção para um cargo de maior responsabilidade, a alteração salarial terá como alvo o ponto inicial da nova faixa salarial.

O enquadramento para este ponto terá um percentual máximo de 20%. Se este percentual não for suficiente para o salário chegar ao inicial da faixa, haverá uma programação de aumentos salariais a cada 3 meses até atingir o alinhamento salarial programado.

A efetivação do aumento está vinculada a análise e aprovação da diretoria de Recursos Humanos.

Nota: Movimentações laterais que significarem a absorção de atribuições com maior complexidade em relação à atual, a alteração salarial terá como alvo o ponto médio da faixa salarial, respeitando o percentual máximo 20%

3.3.6.1Critérios para promoção

Os critérios mandatórios para movimentação dos colaboradores são:

- ✓ Existência de vaga aprovada formalmente pela Diretoria e orçada dentro do ano vigente;
- ✓ Avaliação de Desempenho igual ou superior a “atende os padrões” na posição atual;
- ✓ Participação mínima de 80% nos módulos de capacitação e desenvolvimento realizados na organização;

Pleno atendimento das exigências definidas para cada posição, sendo elas:

- ✓ Conhecimentos: Compreensão dos saberes e técnicas necessárias para atingir um objetivo de entrega ou atendimento;
- ✓ Formação: Pré-requisito educacional para assumir o cargo;
- ✓ Experiência Profissional: Vivência da atividade na prática alinhado as bases teóricas e práticas em soluções aplicadas no dia a dia.

3.3.6.2 Impacto das movimentações

A diretoria de Recursos Humanos realizará uma análise do impacto das movimentações salariais propostas e equilíbrio interno, posição salarial versus mercado, coerência com outras áreas, pré- requisitos previamente definidos no plano de carreira e sucessão.

3.3.6.3 Mérito

Será vinculado diretamente ao desempenho individual e posição na faixa salarial, com os critérios definidos anualmente pela diretoria de Recursos Humanos.

3.3.6.4 Enquadramento

As movimentações da remuneração dos colaboradores lotados no HRF dentro da faixa salarial serão:

Vertical: O salário é alterado para se enquadrar em um novo cargo.

Horizontal: Aumento por mérito (4 a 10% limitados a 3 degraus até o próximo nível) sendo o primeiro degrau sempre de 4%, seguidos dos demais, conforme cada nível.

Serão apurados anualmente por meio da pesquisa de mercado regional com objetivo de assegurar a consistência interna, bem como reduzir a diferença entre o salário do colaborador e o alvo salarial definido para o cargo que ocupa.

Nota: Os colaboradores com posicionamento superior a 100% da faixa salarial não são elegíveis a mérito e nem a enquadramento.

3.3.6.5 Gratificação

Será concedido adicional de até 20% para os profissionais que exercem função de liderança de pessoas ou processos, e tal percentual, não está condicionado à obrigação contratual.

3.3.6.6 Criação, Extinção e/ou alteração de cargo

Somente a diretoria de Recursos Humanos do BHCL será responsável pela criação e/ou alteração de cargos da empresa, em alinhamento com a Diretoria Administrativa da área em questão e respeitando as diretrizes da Política de Recrutamento e Seleção.

3.3.6.7 Reajuste coletivo

Serão assegurados conforme estabelecido em convenção coletiva das categorias.

3.3.6.8 Contratação de novos colaboradores

A posição alvo do salário base para novos colaboradores será no ponto inicial da faixa salarial correspondente ao nível de carreira, respeitando equidade externa e interna.

Valores salariais entre o ponto inicial da faixa até 50% da faixa somente serão negociados entre a Diretoria de Recursos Humanos e os candidatos aprovados, se necessário.

Valores acima de 50% da faixa deverão ser aprovados pelo Conselho Diretor antes de serem ofertados.

Importante: Não deve ser levantada nenhuma expectativa aos candidatos sobre remuneração sem que ambos, o candidato e a remuneração a ser oferecida estejam devidamente aprovados. Toda e qualquer oferta somente será feita pela área de Recursos Humanos com anuência da diretoria da BHCL.

3.3.7 Aprovação de vagas

3.3.7.1 Vaga extra orçamentária

A liberação de vaga extra orçamentária ocorrerá após a aprovação formal pelo conselho Diretor.

3.3.7.2 Vagas Orçadas

A aprovação de vagas obedecerá aos critérios vigentes determinados pela Diretoria de Recursos Humanos.

3.3.8 Jornada de trabalho

A jornada máxima semanal é de 44 horas regulares, limitada a 220 horas mensais e jornadas de trabalho diferentes para o mesmo cargo, terão os salários calculados proporcionalmente.

3.4 Benefícios

A BHCL**,** concederá alimentação no refeitório para os lotados nas dependências ou no raio de até 2 km do hospital, vale refeição no valor de R$ 21,37, para quem atuar na sede administrativa e um dia de folga no dia do aniversário ou dia útil seguinte.

3.5 Avaliação de Cargos

Serão avaliados anualmente por meio do uso de metodologia apropriada com valores atribuídos as funções exercidas na organização

3.5.1 Ciclo de revisão salarial

Em janeiro de cada ano ocorrerão as revisões salariais individuais

3.5.2 Elegibilidade

Todos os colaboradores da BHCL.

3.6 Disposições gerais

A próxima revisão desta Política acontecerá no mínimo a cada 1 (um) ano, e/ou quando houver mudanças de processo e/ou alteração de tecnologia (sistemas aplicativos) ou por determinação da Diretoria emitente. Será arquivada por 4 (quatro) anos, sendo descartada somente no caso de suas versões subsequentes estarem em uso (divulgadas) por no mínimo 4 (quatro) anos.

O presente documento revoga todas as disposições em contrário.

Este documento é confidencial. Sua divulgação externa deve ser precedida de autorização formal da área do Departamento Jurídico.

Se impresso, este documento terá a validade de 1 (um) dia.

4. CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS

4.1 Classificação dos Cargos

Classificação dos Cargos	
Classe	**Descrição**
Médio - M	Atividades de nível administrativo ou com habilidades específicas, que objetivam auxiliar em todas as áreas da organização
Técnico - T	Atividades de nível técnico ou administrativo, que objetivam auxiliar áreas especificas da organização de acordo com a formação.
Superior - S	Atividades que requerem conhecimento ou formação específica, que objetivam fornecer o suporte necessários nas mais variadas áreas da organização.
Líder - L	Atividades que requerem perfis, habilidades e atitudes específicas para o gerenciamento de equipes e atividades da organização, exigindo alto grau de comprometimento e confiança.

4.2 Tabela de progressão de cargos (percentual)

CARGOS	BASE	%I	%II	%III	%IV
Almoxarife	Base	9,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Analista contábil	Base	12,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Analista de controles internos	Base	21,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Analista de indicadores BI	Base	12,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Analista de projetos	Base	12,00%	18,00%	18,00%	21,00%
Analista de RH	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Analista de tecnologia da informação	Base	12,00%	18,00%	18,00%	21,00%
Analista financeiro	Base	12,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Assistente administrativo	Base	12,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Assistente de compras	Base	9,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Assistente de farmácia	Base	9,00%	12,00%	21,00%	21,00%
Assistente de laboratório	Base	9,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Assistente de patrimônio	Base	9,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Assistente de RH	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Assistente financeiro	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Assistente social	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Atendente de farmácia - balconista	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar administrativo	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar administrativo aprendiz	Base	9,00%	9,00%	12,00%	18,00%
Auxiliar administrativo enfermagem	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar administrativo NIR	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar de farmácia	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar de faturamento	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar de laboratório	Base	9,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Auxiliar de RH	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Auxiliar de tesouraria	Base	9,00%	9,00%	9,00%	4,00%
Biomédico	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Comprador	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador administrativo	Base	9,00%	9,00%	9,00%	21,00%

Coordenador de SCIH	Base	9,00%	9,00%	9,00%	21,00%
Coordenador de enfermagem	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador de enfermagem NIR	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
COORDENADOR DE FACILITIES	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador de faturamento	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador de fisioterapia	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador de RH	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Coordenador financeiro	Base	9,00%	9,00%	9,00%	21,00%
Coordenador PGRSS	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Diretor administrativo corporativo	Base	12,00%	18,00%	24,00%	21,00%
Diretor administrativo hospitalar	Base	12,00%	18,00%	24,00%	21,00%
Diretor de RH	Base	21,00%	24,00%	24,00%	21,00%
Diretor Financeiro	Base	21,00%	24,00%	24,00%	21,00%
Diretor técnico hospitalar	Base	21,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro auditor	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro SCIH	Base	9,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro centro cirúrgico	Base	12,00%	18,00%	18,00%	21,00%
Enfermeiro da qualidade	Base	9,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro epidemiologista	Base	9,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro NIR	Base	9,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro obstetra	Base	12,00%	18,00%	18,00%	21,00%
Enfermeiro RT	Base	9,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Enfermeiro terapia intensiva	Base	12,00%	18,00%	18,00%	21,00%
Famacêutico	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Fisioterapeuta	Base	12,00%	18,00%	21,00%	21,00%
Gerente administrativo hospitalar	Base	21,00%	24,00%	24,00%	21,00%
Gerente de compras	Base	12,00%	12,00%	12,00%	21,00%
Gerente de enfermagem	Base	18,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Gerente de facilities	Base	12,00%	12,00%	12,00%	21,00%
Gerente de farmácia	Base	18,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Gerente de manutenção	Base	18,00%	21,00%	21,00%	21,00%

Gerente de projetos	Base	18,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Gerente de RH	Base	18,00%	21,00%	21,00%	21,00%
Gerente financeiro	Base	9,00%	9,00%	12,00%	21,00%
Motorista	Base	12,00%	12,00%	18,00%	18,00%
Ouvidor	Base	12,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Psicólogo	Base	9,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Supervisor administrativo	Base	12,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Supervisor de enfermagem	Base	12,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Supervisor de auditoria	Base	12,00%	12,00%	18,00%	21,00%
Técnico de enfermagem	Base	18,00%	18,00%	21,00%	18,00%
Técnico de informática	Base	18,00%	18,00%	21,00%	18,00%
Técnico de laboratório	Base	18,00%	18,00%	21,00%	18,00%
Técnico de radiologia	Base	18,00%	18,00%	18,00%	18,00%
Técnico em análises clínicas	Base	21,00%	18,00%	21,00%	18,00%
Técnico em farmácia	Base	18,00%	18,00%	18,00%	18,00%
Técnico em imobilização ortopédica	Base	18,00%	18,00%	18,00%	18,00%
Técnico em segurança do trabalho	Base	18,00%	18,00%	18,00%	18,00%

4.3 Descrição dos estágios por categoria

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA MÉDIO	
NÍVEL I	Atividades de pouca complexidade, sob supervisão e controle
NÍVEL II	Tarefas com média complexidade, ainda sob supervisão;
NÍVEL III	Tarefas específicas, que já demandam maior vivência no assunto.
NÍVEL IV	Atividades com maior complexidade, que demandam conhecimento do tema
NÍVEL V	Atividades mais complexas, com certo grau de tomada de decisões sob autorização dos superiores.

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA SUPERIOR

NÍVEL I	Tarefas de pequena ou média complexidade em área(s) específica(s). Elabora projetos (sob supervisão)
NÍVEL II	Funções de procedimentos simples ou que não exigem profundo conhecimento em um ramo de atuação
NÍVEL III	Atividades específicas, que exigem profundo conhecimento. Toma decisões endossadas por um superior.
NÍVEL IV	Toma decisões. Age de forma autônoma, com base no conhecimento e experiências adquiridos ao longo da carreira. Gere pessoas e projetos.
NÍVEL V	Atua fora do processo de supervisão ou por demandas. Gere projetos / negócios. Possui autonomia plena.

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA TÉCNICO	
NÍVEL I	Atividades com baixa complexidade, que dependem de conhecimento técnico, porém, sob supervisão.
NÍVEL II	Atividades de média complexidade, sob supervisão.
NÍVEL III	Atividades de média ou alta complexidade, com demanda de maior experiência
NÍVEL IV	Atividades de alta complexidade, que demandam experiência;
NÍVEL V	Atividades complexas, com alta experiência e níveis de tomada de decisão

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA LÍDER	
NÍVEL I	Conhecimentos complexos, com níveis de comando adequados.
NÍVEL II	Conhecimentos complexos, com níveis de comando adequados para o cargo e bom relacionamento
NÍVEL III	Conhecimentos complexos, bom relacionamento, capacidade de liderança e desenvolvimento
NÍVEL IV	Conhecimentos altamente complexos, níveis de liderança, network e desenvolvimento adequados
NÍVEL V	Altos níveis de comando e controle com experiência nas mais diversas áreas

5. GLOSSÁRIO

Para compreensão do plano, apresentamos os conceitos gerais utilizados nesta política:

Avaliação de Desempenho - Verificação dos resultados alcançados comparados com os padrões de desempenho estabelecidos;

Amplitude de Classe: Percentual correspondente à diferença entre o menor e maior valor remuneratório de uma classe salarial;

Cargo – Conjunto de atribuições de natureza e requisitos semelhantes e que tem responsabilidades específicas a serem praticadas pelo colaborador;

Cargo amplo – Cargos de natureza abrangente, dos diferentes grupos organizacionais, cujas atribuições poderão ser exercidas em diversas áreas de conhecimento do ambiente organizacional da organização

Carreira – É a estruturação de cargos da mesma natureza em níveis salariais distintos em razão de maior conhecimento, experiência e competências individuais exigidas;

Classe – Compreende o grau de complexidade das atribuições e responsabilidades, expressas por padrões hierarquizados dentro de um cargo que se reflete em valores organizados em níveis. Esses níveis correspondem a trajetória salarial no mesmo grau de complexidade ou maturidade;

Competências – Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes individuais aplicadas ao trabalho, que permitem ao indivíduo desenvolver as atribuições exigidas no seu cargo;

Desenvolvimento de carreira – Processo de crescimento profissional do empregado para assumir e executar atribuições de maior complexidade;

Colaborador – Pessoa contratada pelo HOSPITAL REGIONAL DE FORMOSA, para o exercício de cargo ou função

Enquadramento Funcional – Posicionamento do colaborador neste Plano de Cargos, Carreiras e Salários do HOSPITAL REGIONAL DE FORMOSA, de acordo com os requisitos exigidos para o cargo definido no processo seletivo;

Estrutura Salarial – Representada por grupo organizacional, classe e níveis

salariais onde constam desde o menor até o maior salário pago;

Faixa Nível Salarial – Escala de valores, com limite inicial e final, estabelecido para cada classe de um cargo;

Função – Conjunto delimitado de atividades que apresentam substancial identidade de natureza, complexidade, requisitos e condições de trabalho;

Grupo Organizacional – Conjunto de cargos agrupados em níveis de escolaridade;

Maturidade – Crescimento profissional na carreira como resultado de sua experiência e vivência organizacional (interna e externa);

Nível Salarial: Representa cada um dos valores remuneratórios de uma classe;

Progressão Salarial – Mudança de enquadramento salarial do colaborador de um nível para outro superior, dentro da mesma classe do seu cargo, e de uma classe para outra dentro de mesmo grupo ocupacional;

Remuneração – Somatório dos valores correspondente ao nível salarial acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado;

Salário Base – Corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados;

6. HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Manual Corporativo		
Título	Plano de Cargos e Salários	Data de emissão: 11/11/2022	Data de revisão: 11/11/2024
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Análise		
	Data	**Assinatura/carimbo**
Validação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**

Aprovação		
	Data	**Assinatura/carimbo**
	Data	**Assinatura/carimbo**